

**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
FACULTE DE MEDECINE LYON NORD**

Année 2005

THESE n °

THESE

Pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 8 décembre 2005 par

Marc CHANELIERE

Né le 25 juillet 1977 à Tarare (69)

**IMPACT DES EVENEMENTS INDESIRABLES SUR
LA PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES
Etude qualitative auprès de 15 praticiens de la région
Rhône-Alpes**

JURY

JL. TERRA
C. COLIN
A. MOREAU
S. FIGON

CHANELIERE (Marc).- Impact des événements indésirables sur la Pratique des Médecins Généralistes. Etude qualitative auprès de 15 praticiens de la région Rhône-Alpes.- 183f., ill., graph., tabl. Th. Méd. : Lyon : 2005 ; n°.

RESUME :

Le médecin généraliste est confronté dans sa pratique à la survenue d'événements indésirables lors de la prise en charge de patients. Si actuellement - exigence de qualité des soins oblige- les conséquences sur les patients et les coûts socio-économiques sont envisagés, les répercussions (autres que pénales ou juridictionnelles) sur les pratiques des médecins généralistes sont encore peu étudiées. Nous avons réalisé une étude qualitative à partir des témoignages recueillis auprès de 15 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes. 66 situations réelles nous ont été rapportées. Leur analyse a révélé un impact majeur chez les médecins généralistes par l'apparition de modifications secondaires dans leurs démarches diagnostiques et thérapeutiques, par l'existence de conséquences psycho-émotionnelles parfois majeures, par l'induction de démarches formatives ciblées et enfin par l'intégration à leurs pratiques de la dimension médico-légale. La plupart des médecins ont exprimé un besoin de parole et d'écoute autour de ces situations et ont plébiscité les groupes de pairs dans cette optique. A l'issue de ce travail, il apparaît fondamental de réaliser des études plus étendues concernant les répercussions des événements indésirables sur les pratiques professionnelles en Soins Primaires.

MOTS CLES :

MEDECINE GENERALE
RECHERCHE QUALITATIVE
EVENEMENTS INDESIRABLES
ERREUR MEDICALE
IATROGENIE
PRATIQUES PROFESSIONNELLES
BURN OUT

JURY :

PRESIDENT : Monsieur le Professeur Jean-Louis TERRA
MEMBRES : Monsieur le Professeur Cyrille COLIN
Monsieur le Professeur Alain MOREAU
Madame le Docteur Sophie FIGON

DATE DE SOUTENANCE : le 8 décembre 2005

ADRESSE DE L'AUTEUR :

30 rue des Chartreux
69001 LYON

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.	
2. LES EVENEMENTS INDESIRABLES DANS LE SYSTEME DE SANTE.	4
2.1. CADRE CONCEPTUEL.	4
2.1.1. La notion d'événement indésirable.	4
2.1.2. Les notions d'événement indésirable évitable et d'erreur.	4
2.1.3. Synthèse des éléments conceptuels.	6
2.2. UN SUJET SENSIBLE.	8
2.3. LA GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES DANS LE SYSTÈME DE SANTE.	9
2.3.1. Une problématique relativement ancienne Outre-Atlantique.	9
2.3.2. La lutte contre la iatrogénie dans le système de santé en France.	9
2.4. AMPLEUR DES EVENEMENTS INDESIRABLES DANS LE SYSTEME DE SANTE.	11
2.4.1. Des données majoritairement hospitalières.	11
2.4.2. Un phénomène d'une ampleur considérable.	11
2.5. LES EVENEMENTS INDESIRABLES EN SOINS PRIMAIRES.	12
2.5.1. Généralités.	12
2.5.1.1. Une faible quantité de travaux.	12
2.5.1.2. Des méthodologies d'études variées.	12
2.5.1.2.1. Des indicateurs multiples.	12
2.5.1.2.2. Un cadre conceptuel variable.	13
2.5.2. Quelques données sur les événements indésirables en ambulatoire.	14
2.5.2.1. Prévalence.	14
2.5.2.2. Nature des événements indésirables observés en Médecine Générale.	15
2.6. CONSEQUENCES DES EVENEMENTS INDESIRABLES.	17
2.6.1. Cadre général: plusieurs niveaux d'appréciation.	17
2.6.2. Impact des événements indésirables sur les médecins.	17
3. MATERIEL ET METHODES.	20
3.1. TYPE D'ETUDE.	20
3.2. METHODOLOGIE DE SELECTION DES MEDECINS INTERROGES.	20
3.2.1. Médecins généralistes - Maîtres de stages à la Faculté de Médecine de Lyon.	20
3.2.2. Recrutement de médecins volontaires.	21
3.2.3. Détermination du nombre de médecins à inclure.	22
3.2.4. Constitution de l'échantillon final.	22
3.3. METHODOLOGIE D'ENTRETIEN.	23
3.3.1. Choix de l'entretien semi dirigé.	23
3.3.2. Réalisation du Guide d'entretien.	23
3.3.2.1. Première partie du guide d'entretien: Présentation.	23
3.3.2.2. Seconde partie du guide d'entretien: Cadre conceptuel.	24
3.3.2.3. Troisième partie du guide d'entretien: Recueil et exploration.	25
3.3.2.3.1. Evocation des faits par le médecin.	25
3.3.2.3.2. Exploration des thèmes.	26
3.3.2.4. Quatrième partie de l'entretien : Conclusion.	28
3.3.3. Test du guide d'entretien.	28
3.3.4. Réalisation des entretiens.	28
3.3.4.1. Interviewer.	29
3.3.4.2. Date et lieu de l'entretien.	29
3.3.4.3. Matériel utilisé.	29
3.3.4.4. Notes électroniques.	29
3.4. METHODOLOGIE D'ANALYSE DES DONNEES.	30
3.4.1. Première Phase: Transcription.	30
3.4.1.1. Transcription des entretiens.	30
3.4.1.2. Mise en forme des textes.	30
3.4.2. Seconde Phase: Données statistiques.	31
3.4.2.1. Données sociodémographiques.	31
3.4.2.2. Données générales sur les entretiens.	31
3.4.3. Troisième Phase: Analyse des éléments de discours.	31
3.4.3.1. Idée générale.	31
3.4.3.2. Classement des éléments de discours.	31
3.5. METHODOLOGIE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.	33

4. RESULTATS.	34
4.1. A PROPOS DES DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON ET DES DONNEES GENERALES DES ENTRETIENS.	34
4.1.1. Données sociodémographiques sur la population interrogée.	34
4.1.1.1. Caractéristiques démographiques.	34
4.1.1.2. Caractéristiques socioprofessionnelles.	35
4.1.1.3. Type d'activité et patientèle par médecin.	37
4.1.2. Données générales sur les entretiens.	38
4.1.2.1. Nombre d'entretiens et période de réalisation.	38
4.1.2.2. Lieu d'entretien.	38
4.1.2.3. Durée des entretiens.	38
4.1.3. Tableau de synthèse.	39
4.2. A PROPOS DU CADRE CONCEPTUEL.	41
4.2.1. Représentations des médecins pour <i>événement indésirable</i> et <i>erreur médicale</i> ; réactions aux définitions – synthèse par entretien.	41
4.2.2. Eléments de définitions pour <i>événement indésirable</i> et <i>erreur médicale</i> – synthèse.	44
4.2.3. Réactions des médecins aux définitions.	45
4.3. A PROPOS DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET DES ERREURS MEDICALES EN MEDECINE GENERALE.	47
4.3.1. Données statistiques globales sur les faits rapportés par les médecins.	47
4.3.2. Analyses individuelles des faits : tableau synthétique.	47
4.3.3. Analyse globale des faits.	71
4.3.3.1. Données quantitatives.	71
4.3.3.2. Analyse selon l'opinion des médecins interrogés.	71
4.3.3.3. Analyse selon la taxonomie de l'erreur médicale de P.Klotz.	72
4.4. A PROPOS DE L'IMPACT DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET DES ERREURS MEDICALES SUR LE MEDECIN GENERALISTE ET SA PRATIQUE.	76
4.4.1. Importance de l'impact sur les médecins généralistes.	76
4.4.2. Impact sur la Pratique Médicale des médecins généralistes.	76
4.4.2.1. Impact sur la démarche diagnostique des médecins généralistes.	77
4.4.2.2. Impact sur la démarche thérapeutique des médecins généralistes.	78
4.4.2.3. Impact sur la compétence professionnelle et la démarche formative des médecins généralistes.	79
4.4.2.4. Impact d'ordre médico-légal sur les médecins généralistes.	80
4.4.2.5. Impact psychosocial.	81
4.4.2.5.1. Analyse globale.	81
4.4.2.5.2. Impact d'ordre psychique sur les médecins généralistes.	82
4.5. A PROPOS DES ASPECTS MEDICOLEGAUX ET PREVENTIFS.	83
4.5.1. Aspects médico-légaux : étude par champs lexicaux.	83
4.5.2. Moyens à promouvoir auprès des médecins généralistes.	86
5. DISCUSSION.	88
5.1. A PROPOS DE CE TRAVAIL.	88
5.1.1. Caractère original.	88
5.1.2. Limites de l'étude.	90
5.2. DE L'IMPORTANCE DU CADRE CONCEPTUEL.	93
5.2.1. <i>Événement indésirable</i> et <i>erreur médicale</i> , des représentations variables selon les médecins.	93
5.2.2. Importance d'un cadre conceptuel bien défini.	96
5.2.2.1. Qualification des faits.	96
5.2.2.2. Définitions d'événement indésirable et d'erreur médicale.	96
5.3. IMPACT DES EVENEMENTS INDESIRABLES SUR LA PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES.	97
5.3.1. Importance de l'impact.	97
5.3.2. Variabilité de l'impact.	98
5.3.3. Une pratique médicale touchée dans son intégralité.	99
5.3.3.1. Impact sur la démarche diagnostique.	100
5.3.3.2. Impact sur la démarche thérapeutique.	100
5.3.3.3. Impact sur la compétence professionnelle.	101
5.3.3.4. Données de la littérature.	101
5.3.4. Un impact psychosocial majeur.	102
5.3.4.1. Le médecin généraliste : victime morale et psychique.	102
5.3.4.2. Impact social et relationnel : démarches de dialogue.	103
5.4. UNE PRESSION MEDICOLEGALE IMPORTANTE SUR LES MEDECINS.	104
5.5. DES MEDECINS GENERALISTES QU'IL FAUT PRENDRE EN CHARGE.	105
5.5.1. Une écoute des médecins généralistes avant tout.	105
5.5.2. Une stratégie de régulation des événements indésirables en Médecine Générale ciblée sur le médecin.	106
CONCLUSIONS.	108

1. INTRODUCTION.

Tout au long de sa carrière professionnelle, le médecin peut être confronté à la survenue d'événements indésirables, chaque fois qu'il prend en charge un patient. Simples incidents ou parfois accidents tragiques, ces situations inattendues et d'une grande variété peuvent générer des préjudices importants pour la santé du patient ; la notion de *santé* doit être envisagée ici comme définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »¹ Ainsi, certains patients victimes d'événements indésirables – erreurs médicales comprises – supportent-ils parfois un lourd fardeau.

Si dans notre Société actuelle, les conséquences sur les patients, les aspects judiciaires et les coûts socio-économiques relatifs à ces situations sont au cœur des discussions, l'impact sur les Pratiques Professionnelles constitue un domaine jusqu'alors peu exploré. Pourtant, par-delà le patient victime, nous devons nous interroger sur l'existence de conséquences sur le médecin et sa pratique.

En France, l'organisation du système de santé, implique qu'une très large proportion de patients soit prise en charge par les Soins Primaires, comme illustré par le diagramme de K.White². Des travaux dédiés aux Soins Primaires, sur les événements indésirables et leur impact sur les médecins généralistes et leur pratique apparaissent donc comme primordiaux. En effet, à la suite de la survenue d'événements indésirables dans leur exercice, les médecins généralistes développent-ils des conduites d'évitement (par exemple de certaines pathologies) ? Des démarches de formation professionnelle ? De moindre recours à certaines thérapeutiques ou certains actes diagnostiques ? Ont-ils plus fréquemment recours aux explorations paracliniques ou aux avis spécialisés ? Subissent-ils des répercussions d'ordre psychique et émotionnel ? Toutes ces questions demeurent à notre connaissance encore trop peu débattues.

C'est partant de ce constat que nous avons décidé de réaliser ce travail, afin de tenter d'apporter des réponses à ces questions. L'objectif principal de notre travail est d'évaluer et de décrire les répercussions des événements indésirables (erreurs médicales comprises) sur la pratique des médecins généralistes. Les objectifs secondaires sont d'étudier les représentations qu'ont les médecins généralistes des événements indésirables et des erreurs médicales et de décrire les caractéristiques des événements indésirables qui ont des répercussions sur la pratique des médecins en soins primaires.

2. LES EVENEMENTS INDESIRABLES DANS LE SYSTEME DE SANTE.

2.1. CADRE CONCEPTUEL.

2.1.1. La notion d'événement indésirable.

Au cours de la prise en charge d'un patient par le Système de Santé, peuvent se produire des incidents. Ces événements, non désirés, peuvent émailler tout autant une démarche thérapeutique que préventive, dès l'instant où ils se développent à l'intérieur d'un processus de soin ; la dimension du Soins doit être entendue ici de manière extrêmement large. Pour qualifier l'ensemble des événements non désirés et consécutifs aux soins, on utilise le terme d'*événement indésirable*. Ce terme désigne par exemple les accidents médicaux, les événements indésirables secondaires à l'usage de médicaments, de traitements ou de dispositifs médicaux, les infections nosocomiales etc. Cette définition ³ d'*événement indésirable* permet donc d'y inclure tous les événements fâcheux survenant de manière fortuite au cours de la prestation d'un service lié aux soins, mais également tous les effets indésirables liés à des formes d'interventions quelconques également lors des soins.

Si cette notion d'*événement indésirable* ne trouve pas d'équivalence propre et unique dans la littérature anglo-saxonne, c'est parce que, définie comme telle, elle recouvre plusieurs notions à la fois. Tout d'abord, elle emprunte à la notion d'*adverse events*, c'est-à-dire « d'événements défavorables » au sens littéral du terme et ensuite, à la notion de *bad outcomes*, traduisible en français par « mauvais résultats ».

Depuis la fin des années soixante-dix, on utilise également le terme *iatrogène* pour qualifier l'ensemble de ces événements. Il s'agit d'un néologisme, fondé à partir du grec, sur la racine « γεννᾶν » (« *gène* »), qui signifie « engendrer » et sur la racine « ιατρος », (« *iatros* ») qui veut dire « médecin ». La *maladie iatrogène* est donc la pathologie qui résulte du soin, là encore au sens large du terme.

2.1.2. Les notions d'événement indésirable évitable et d'erreur.

Trop fréquemment, les événements indésirables sont envisagés par les acteurs du système de santé, comme des faits isolés et déplorables. Parfois tragiques, et parfois sources de conséquences lourdes sur la santé des patients, ils n'en resteraient pas moins inévitables...

Après tout, comme le dit le vieil adage « *Errare humanum est* » (« *L'erreur est humaine* »). Et quand la faillibilité humaine n'est pas responsable, il y a la Fatalité : un accident est si vite arrivé... Certes, l'erreur est humaine, mais « *sed perseverare diabolicum* » « *persévérer dans l'erreur est diabolique* », comme le dit la seconde partie – moins connue - de l'adage. Un certain nombre d'événements indésirables pourrait donc être évité, chaque fois que la cause est à trouver dans une erreur quelconque, commise au cours de la prestation du soin. Cette erreur peut être due à un dysfonctionnement global du Système de Santé ou beaucoup plus rarement à une erreur humaine isolée. Les événements indésirables ont de toute façon bien souvent une cause multifactorielle ⁴.

Nous pensons qu'il est nécessaire de faire rapidement la distinction entre la notion d'*erreur* et la notion de *faute*.

✚ La faute suppose l'existence de négligence ou plus grave encore de tromperie. Si la *faute* prend une dimension professionnelle, c'est lors du traitement judiciaire d'une situation d'événement indésirable. On ne devrait dès lors parler de *faute* que dans ce cadre là.

✚ L'*erreur* peut provenir du non-respect des politiques de santé, des protocoles, des consensus, des règles de soins mais également être consécutive à une inattention, une distraction, un oubli ou tout autre événement fortuit survenant lors du Soin ⁴.

Par ailleurs, sont à exclure de la notion d'erreur, les risques graves inhérents à certaines interventions (examens, prélèvements ou traitements), techniquement complexes, et qui surviennent parfois, en dépit d'un déroulement conforme et satisfaisant de l'intervention. On parle alors d'*alea thérapeutique*, en l'absence d'erreur comme définie plus haut. C'est par exemple le cas dans certaines opérations chirurgicales cardiaques.

L'*erreur* est donc à définir comme un dysfonctionnement ⁵ et à rapprocher du caractère d'évitabilité de certains événements indésirables.

Cette vision extrêmement large de l'erreur, permet par là même de dépasser le concept d'*erreur médicale*, aujourd'hui complètement galvaudé par la connotation judiciaire associée. Sans cette précaution, le terme d'*erreur* est beaucoup trop empreint d'échec, de culpabilisation et donc de malaise pour être facilement utilisé par les professionnels du système de santé, comme c'est hélas de nos jours le cas dans notre société.

Nous devons cependant nuancer nos propos. La limite entre ce qui est évitable et ce qui ne l'est pas reste en effet parfois ténue. Elle évolue inévitablement avec les situations rencontrées, les protagonistes impliqués et avec la progression des connaissances médicales. Ainsi, ce qui n'est pas évitable aujourd'hui le sera peut être demain. Ne serait-ce par exemple que par le recensement et la collecte de données sur les événements iatrogènes, garant en principe d'une sécurité croissante par les améliorations censées en découler.

D'un autre côté, le consensus ou le référentiel actuel sera peut être considéré demain comme une erreur (comme c'est le cas par exemple des indications de certains antibiotiques, qui évoluent en fonction des résistances bactériennes ⁴).

Enfin, il est difficile de trouver une équivalence propre à l'*erreur* et à la *faute* dans la littérature anglo-saxonne. Tout au plus, pouvons nous davantage rapprocher les termes de *malpractice* et de *negligence* à la *faute* et aux aspects judiciaires. La traduction directe d'*erreur médicale* vers *medical error*, reste très peu utilisée, et désigne surtout la notion d'événement indésirable au sens large.

2.1.3 Synthèse des éléments conceptuels.

Si nous considérons maintenant un patient lambda, pris en charge par le système de santé, et impliqué dans une démarche de soin (nous considérons qu'il s'agit là d'une équivalence large à la notion de *treatment*), plusieurs cas de figure peuvent se présenter concernant le patient et sa santé ⁴.

Premier cas de figure :

Aucune erreur n'est commise, la prise en charge conduit à une résultante positive pour le patient, c'est le but idéal et attendu de toute prise en charge d'un patient par le système de Santé.

Second cas de figure :

Aucune erreur n'est commise, mais la pathologie évolue défavorablement ou alors un risque inhérent à une intervention complexe se vérifie ; la résultante est alors négative pour le patient. Les anglo-saxons qualifient ces aboutissements par *bad outcomes*, nous sommes en présence d'un événement indésirable – certes – mais inévitable (*unpreventable adverse event*).

Troisième cas de figure :

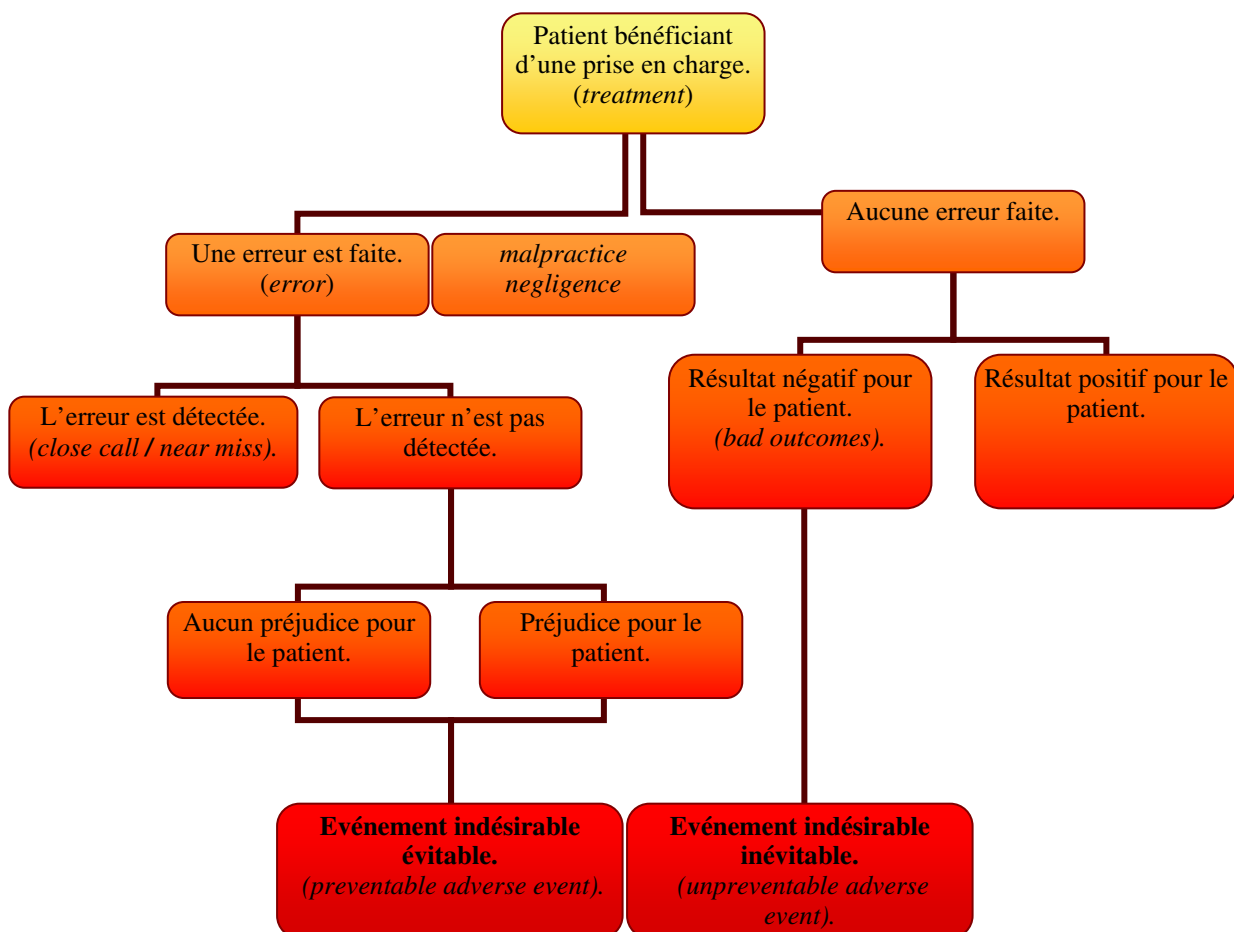
Une erreur est commise, mais elle est détectée **avant** d'entraîner le moindre préjudice pour la santé du patient. L'accident a donc été évité de justesse (on parle de *close call* ou de *near miss*).

Quatrième cas de figure :

Une erreur est commise, sans être précocement détectée. Le patient peut en subir des conséquences – parfois graves. Le préjudice est variable dans sa nature et dans sa gravité. Il peut s’agir d’un simple inconfort jusqu’à une complication gravissime : une perte de fonction temporaire ou permanente, parfois même un accident tragique entraînant le décès du patient. Dans tous les cas, il s’agit d’un événement indésirable évitable (*preventable adverse event*).

Afin d’illustrer au mieux ces différents concepts, nous avons réalisé un schéma de synthèse. Il est adapté de schémas issus de rapports gouvernementaux québécois ⁴ et américains ⁶. Nous avons tenté de rapprocher les concepts francophones de leurs équivalents anglo-saxons, tout en maintenant les distinctions existantes.

Schéma de synthèse des principaux éléments conceptuels.



2.2 UN SUJET SENSIBLE.

Depuis la fin du dix neuvième siècle, la Médecine a connu sinon une révolution, une formidable évolution dans tous les domaines : anatomie, physiologie, pharmacologie, biologie etc. La connaissance médicale a progressé dans toutes les disciplines, et avec elle, les promesses de guérisons de pathologies parfois mortelles jusqu'alors. La Médecine pouvait donc vaincre la Maladie et repousser les limites de la Mort.

Dès lors, « enivrés » par de telles prouesses, les patients tout comme les médecins se sont laissés aller à une facile mais rassurante pensée, celle de la « Médecine toute-puissante ». Considérés comme infaillibles par leurs patients, galvanisés par leurs Connaissances, élevés dans un culte de toute-puissance scientifique, avides de perfection et de résultats pour leurs malades, les médecins ne pouvaient donc admettre, que difficilement, que les Soins qu'ils prodiguent soient à l'origine de pathologies ou de souffrances pour leurs patients.

Pourtant comme le dit Pierre Klotz, « *Homme et non surhomme, exerçant son industrie sur une matière première non moins humaine, le médecin n'échappera pas à l'humaine condition qui consiste à se tromper souvent* » ⁷. Et à l'évidence, les médecins - et à travers eux la Médecine - restent faillibles.

Progressivement, ces dernières années ont vu naître dans l'opinion publique un sentiment d'inquiétude, l'émanation de questions ... de reproches ou même de vindictes à l'encontre du Corps Médical. Tout cela est apparu avec la révélation de faits parfois troubles dans les médias : erreurs de diagnostics, appareillages médicaux vétustes, prises en charge laxistes, erreurs thérapeutiques et infections nosocomiales etc. Jugé trop opaque, le Corps Médical avait-il des choses à cacher ?

Pour Eric Galam, « *L'exigence de la démarche qualité rend de plus en plus caducs les arguments de complexité, voire de fatalité qui accompagnent l'acte médical. Si l'on accepte encore que tout ne puisse pas être forcément guéri, un développement médical péjoratif reste suspect jusqu'à preuve du contraire, et la mort garde des relents de transgression qui doit en tout cas pouvoir être expliquée par ceux qui sont censés l'éviter.* » ⁵

Ainsi, malgré le voile de malaise entourant ces situations, les professionnels du système de santé se doivent d'étudier le phénomène des événements indésirables.

Cet objectif est primordial mais comme le relève un rapport du Gouvernement Québécois « *La culture actuelle – composée, d’une part, d’opacité, de fausse pudeur, de gêne, parfois même de négation et, d’autre part, de culpabilisation, de mesures punitives et de blâme – doit céder la place à une culture de transparence, de communication ouverte, de franche discussion, et cela dans la plus grande confiance mutuelle* »⁴.

Mais à l’heure actuelle, le phénomène des événements indésirables reste encore un sujet délicat, sensible sinon tabou, emprunt d’un certain « intimisme professionnel », que les médecins n’abordent souvent qu’avec difficulté ou gêne.

2.3 LA GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES DANS LE SYSTEME DE SANTE.

2.3.1 Une problématique relativement ancienne Outre-Atlantique.

Les événements indésirables constituent depuis environ vingt-cinq ans une problématique faisant l’objet d’un large débat outre Atlantique.⁸

Au début des années quatre-vingts, l’augmentation des affaires judiciaires consécutives à des événements indésirables, un nombre croissant de plaintes déposées pour *negligence* et les montants d’indemnisation élevés octroyés à certains plaignants⁹ ont incité l’ensemble des professionnels du système de santé américain à prendre des mesures concrètes pour tenter de réduire l’incidence des événements iatrogènes.

Si cet engagement a été transfiguré au travers d’une volonté d’amélioration de la Qualité des Soins, il y avait également le désir d’une réduction de l’évolution des dépenses de santé. Fait actuel, illustrant la précocité du débat outre-Atlantique, la mise en place d’un système de déclaration obligatoire des erreurs médicales est depuis quelques années envisagée et fait l’objet de vives discussions aux Etats-Unis.¹⁰

2.3.2 La lutte contre la iatrogénie dans le Système de Santé en France.

Dés le début des années quatre-vingt-dix, la lutte contre les événements indésirables a constitué une préoccupation majeure pour le corps médical et les pouvoirs publics. Lors de la Conférence Nationale de Santé de 1996, il a été proposé que la lutte contre la iatrogénie figure

parmi les dix priorités pour l'avenir du Système de Santé. Cette volonté, non plus d'occulter ou de nier, mais de lutter contre les événements indésirables a été réaffirmée à plusieurs reprises, notamment lors des conférences suivantes en 1998 et en 2000.¹¹

Plus récemment en 2003, l'Académie Nationale de Médecine a souligné l'importance d'une prise en charge « positive » des erreurs commises lors des soins.¹² Cette même année, le projet de loi de programmation quinquennale de santé publique a rappelé la nécessité de collecter des données épidémiologiques sur le phénomène. C'est dans ce cadre que la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a lancé en 2004 l'*Étude Nationale sur les Événements Indésirables graves liés aux processus de Soins* (ENEIS), visant à produire des données épidémiologiques nationales sur les événements iatrogènes.

C'est par une politique d'amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins, que la France cherche à lutter contre les événements indésirables dans son Système de Santé. Plusieurs structures ont ainsi été créées par les pouvoirs publics dans ce but. La structure la plus importante est l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé), mise en place par les ordonnances du 24 avril 1996. Dans le cadre de son activité, l'ANAES a produit plusieurs documents traitant spécifiquement de la qualité des Soins, dont par exemple un rapport exposant les différents principes méthodologiques de gestion des risques en établissement de santé.¹³

Récemment, cet organisme public et indépendant, a cédé sa place à l'HAS (Haute Autorité de Santé), créée dans le cadre de la loi 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. L'HAS a repris les attributions de l'ANAES et veille ainsi :

- ✚ à l'évaluation de l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé.
- ✚ à la mise en place de la certification des établissements de santé et de soins.
- ✚ à la promotion des bonnes pratiques et du bon usage des soins auprès des professionnels de santé, mais également du grand public.

Deux autres organismes publics, l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) et l'InVS (Institut de Veille Sanitaire) constituent également des éléments centraux de la lutte contre les événements indésirables dans le système sanitaire en France.

2.4 IMPORTANCE DES EVENEMENTS INDESIRABLES DANS LE SYSTEME DE SANTE.

2.4.1 Des données majoritairement hospitalières.

La plupart des études rendant compte du phénomène ont été réalisées dans un cadre purement hospitalier. Deux raisons principales peuvent expliquer cette situation.

D'abord, l'existence de dossiers médicaux en milieu hospitalier facilite l'obtention de données sur le motif d'admission, la durée d'hospitalisation, la prescription de thérapeutiques ou d'examen paracliniques et la survenue d'événements au cours de la prise en charge du patient.

Ensuite, la fréquence des événements indésirables est attendue comme importante en milieu hospitalier, tout comme la gravité des événements observables.¹⁴

La présence de patients âgés, dont l'état de santé est souvent rendu précaire par des processus poly-pathologiques, conjugué à des thérapeutiques ou des explorations paracliniques souvent lourdes et plus fréquentes peuvent expliquer ces aspects.

2.4.2 Un phénomène d'une ampleur considérable.

En 1999, le débat sur les risques liés aux événements indésirables a été vivement relancé avec la publication d'un rapport de l'Institut National de Médecine des Etats-Unis. Ce rapport mentionne de manière explicite que 44 000 à 98 000 patients décèderaient annuellement aux Etats-Unis de la survenue d'un événement indésirable pendant leur prise en charge hospitalière.¹⁵

Comparativement, ces décès représentent bien plus que ceux dûs aux accidents de la route, au cancer du sein ou au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) aux Etats-Unis durant une même période. D'un point de vue socio-économique, cette mortalité serait à l'origine d'un coût estimé entre dix-sept et vingt-neuf milliards de dollars par an.

Ces chiffres qui surprennent par leur ampleur, résultent d'une extrapolation à l'ensemble du territoire américain de résultats de recherches réalisées en Californie dans les années 70, dans l'Etat de New York dans les années 80 et par la suite, dans l'Utah et le Colorado⁴.

Se référant à d'autres sources, certains auteurs vont même jusqu'à avancer que la mortalité globale serait au minimum de 225 000 patients, qui décèderaient annuellement aux Etats-Unis par suite de complications iatrogènes (consécutives ou non à une erreur médicale).¹⁶

Nonobstant ces chiffres et les différences souvent ténues entre le système de santé américain et celui des autres pays développés, ces données ont révélé toute l'ampleur du phénomène, et les coûts tant humains qu'économiques engendrés. Et il n'y a que peu de raisons de penser que l'ampleur et la gravité du phénomène soient moindres dans notre pays ...

2.5 LES EVENEMENTS INDESIRABLES EN SOINS PRIMAIRES.

2.5.1 Généralités.

2.5.1.1 Une faible quantité de travaux.

Concernant maintenant les Soins Primaires, il n'existe malheureusement à ce jour que peu de données sur les événements indésirables.¹⁷

Plusieurs éléments peuvent expliquer le nombre restreint d'études dédiées aux événements indésirables, ne serait-ce qu'en ambulatoire :

- ✚ L'observation « malaisée » de multiples intervenants.
- ✚ L'absence de terrain d'étude centralisé.
- ✚ Des différences souvent plus marquées dans l'organisation des soins ambulatoires d'un pays à l'autre.
- ✚ L'existence d'une grande hétérogénéité des pratiques professionnelles (malgré l'existence de consensus, de recommandations etc.)
- ✚ L'existence de recommandations en qualité des soins parfois peu pertinentes en ambulatoire, car prioritairement élaborées pour les soins en hospitalier.

2.5.1.2 Des méthodologies d'études variées.

2.5.1.2.1 Des indicateurs multiples.

Les études conduites en ambulatoire utilisent des indicateurs différents pour observer les événements indésirables⁸ :

- ✚ **Des indicateurs judiciaires ou juridictionnels**: les études peuvent porter sur le nombre de procédures médico-légales à l'encontre de praticiens en Soins Primaires ou sur les déclarations de dommages corporels aux assureurs professionnels.^{18,19}
- ✚ **Des indicateurs médico-hospitaliers** : certains travaux se sont intéressés aux motifs d'hospitalisation des patients.¹⁷
- ✚ **Des indicateurs « qualitatifs et subjectifs »** : ce sont les enquêtes qui utilisent le recueil de témoignages volontaires de praticiens en Soins Primaires, concernant la survenue d'événements indésirables dans leur pratique.^{20,21,22}

Selon les indicateurs retenus, les données obtenues sont soumises à une grande variabilité et apportent des informations différentes pour la compréhension d'un même phénomène.

2.5.1.2.2 Un cadre conceptuel variable.

Autre élément discriminant essentiel, les définitions utilisées pour détecter et inclure des événements indésirables ne sont pas toujours identiques d'une étude à l'autre. Nous retrouvons probablement là encore les stigmates des difficultés d'appréciation des principaux concepts, notamment ceux d'*événement indésirable* et d'*erreur* précédemment abordés.

Certaines études retiennent par exemple la nécessité de dommage comme un préalable à la qualification d'une situation en événement indésirable. Or, toute situation ne se conclut fort heureusement pas par un dommage ou un préjudice pour le patient. Cette approche mésestime de manière nettement sensible le nombre d'événements inclus, puisqu'elle occulte toutes les situations de type *near miss / close call*. Or dans le cadre de la mise en place de politiques préventives efficaces, par exemple, la connaissance de ces situations revêt une importance toute particulière.

D'autres études ne retiennent à l'inclusion que les *événements indésirables graves* ; la difficulté réside alors dans la quantification de la gravité d'un événement indésirable. Notamment, parce que le vécu d'un événement indésirable peut différer notablement entre le point de vue du médecin et celui du patient.

Le choix de la définition des principaux concepts avant de débiter un travail de recherche sur les événements indésirables est donc primordial. S'agissant de l'*erreur*, la plupart des études ont retenu une définition extrêmement large et fonctionnelle⁸, sans avoir recours aux notions d'échec ou de faute. L'intérêt est de pouvoir y inclure tous les événements indésirables (événement

indésirable sans conséquence comprise) pouvant survenir, en évitant au maximum les écueils de malaise et de culpabilisation pour les médecins interrogés.

2.5.2 Quelques données sur les événements indésirables en ambulatoire.

2.5.2.1 Prévalence.

Compte tenu des éléments avancés plus haut, s'il est impossible à ce jour d'avoir une idée précise et chiffrée de la prévalence des événements indésirables dans les Soins Primaires, on dispose toutefois de quelques données, même si la majeure partie d'entre elles concerne des pays anglophones.

Un article ¹⁷ paru en 2000 dans le *British Medical Journal* (BMJ) a dressé une synthèse de plusieurs études qui traitaient des événements indésirables, y compris dans un cadre ambulatoire.

✚ Deux études, l'une américaine (celle de l'Université de Harvard, l'étude référence s'il en est une dans le domaine ²³) et l'autre australienne ²⁴ ont révélé que 8 à 9 % des événements indésirables se sont produits au cabinet du médecin, 2 à 3% au domicile des patients et 1 à 2 % en maison de repos. Dans l'enquête australienne, près de 25 % des événements indésirables survenant en ambulatoire ont causé de graves dommages à la santé des patients (parfois leurs décès). Cet élément est d'autant plus significatif que les enquêteurs ont jugé les deux tiers de ces événements comme à priori évitables.

✚ D'autres études ont révélé que les événements iatrogènes représentaient de 5 à 36 % des motifs d'admission dans les services hospitaliers de médecine et de 11 à 13 % des hospitalisations en service de réanimation adulte ¹⁷.

En France, plus récemment, les premières données de l'Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves liés aux Soins, ont été publiées en mai 2005. Elles révèlent que les événements indésirables graves seraient à l'origine de 3 à 5 % des séjours hospitaliers dans notre pays et que les deux tiers de ces événements sont générés suite à une prise en charge en médecine de ville ²⁵. Par ailleurs, près de la moitié des événements indésirables à l'origine d'une hospitalisation a été considérée comme évitable par les enquêteurs.

Dans la mesure où ces études n'ont tenu compte que des événements indésirables graves, puisque nécessitant une hospitalisation du patient, on peut dès lors penser qu'elles sous-estiment

sensiblement la fréquence des événements indésirables en ville... Ainsi, une étude anglaise assez récente ²⁶, et dédiée aux Soins Primaires, avance un taux de **75,6 erreurs pour 1000 consultations en Médecine Générale** (ce chiffre qui peut paraître élevé, inclus les situations de *near miss*).

2.5.2.2 Nature des événements indésirables observés en Médecine Générale.

Peu de travaux ont été réalisés concernant la nature et la fréquence des événements indésirables en Médecine Générale ⁸. Néanmoins certaines études ^{21,26} menées dans le but de proposer des classifications aux erreurs rencontrées en Soins Primaires nous apportent quelques données ; elles reposent sur la collecte de situations d'événements indésirables rapportées par des médecins généralistes.

✚ L'étude de Dovey et coll.²¹ réalisée en 2000, consiste en une analyse qualitative d'erreurs rencontrées par des médecins généralistes américains dans leurs pratiques. Cette étude a défini l'erreur de manière extrêmement fonctionnelle comme « *l'échec d'une action planifiée à aboutir comme prévu ou l'utilisation d'une méthode inadaptée pour atteindre un objectif.* » 344 témoignages ont été recueillis anonymement auprès de 42 médecins auxquels il était demandé de rapporter « *tout événement survenu dans votre pratique, qui n'aurait pas du se produire, qui n'a pas été anticipé et qui vous fait dire: "Ca ne doit pas arriver dans ma pratique, je ne veux pas que cela se produise à nouveau".* »

Parmi ces témoignages, 284 résultent de dysfonctionnements dans le processus de Soin, 46 proviennent de défauts de compétences et 14 sont des effets indésirables médicamenteux. De manière synthétique, les principales sous-catégories identifiées sont :

- 102 erreurs « administratives », soit 31 % des erreurs totales (exemples : informations manquantes dans le dossier etc.)
- 82 erreurs « d'investigation », soit 25 % des erreurs (exemples : absences de demandes ou demandes inadaptées d'explorations paracliniques, interprétations erronées de résultats etc.)
- 76 erreurs « thérapeutiques », soit 23 % (exemples : traitements inadaptés, retards thérapeutiques etc.).
- 19 erreurs « techniques », soit 6 % (exemples : gestes mal réalisés par défaut de compétences).
- 19 erreurs de « communication » soit 6 % (exemples : erreurs relationnelles médecin-patient, médecin-autres professionnels de santé).
- 14 erreurs « diagnostiques », soit 4 % des erreurs totales relevées.

✚ Une autre étude réalisée en 2002 en Grande-Bretagne²⁶, envisage 6 catégories principales d'événements indésirables: **prescription, communication, rendez-vous, équipement, actes techniques** et « **autres types** ». Ces 6 catégories ont été individualisées à partir d'une centaine de témoignages recueillis auprès de médecins généralistes anglais lors d'une première phase de l'étude. Secondairement, 940 événements ont été collectés auprès de 10 médecins généralistes pendant 2 semaines, et soumis à cette classification.

Là encore, de manière non synthétique :

- 397 événements indésirables (42 %) concernent la prescription, mais seulement 22 (soit 6 %) concernent la prescription médicamenteuse (erreurs de dosages etc.)
- 282 événements indésirables (soit 30 %) sont des erreurs de communication (aspect relationnel non compris).
- 153 événements indésirables (soit 16 %) concernent le matériel, et surtout l'équipement informatique du médecin.
- 24 événements indésirables (soit 3 %) résultent d'erreurs « cliniques » (erreurs diagnostiques notamment).

✚ Suivant une approche originale, Pierre Klotz a proposé une classification pour les erreurs médicales⁷. A partir de cette dernière, partant d'un fait clinique, nous pouvons positionner – le cas échéant – une erreur « à l'intérieur de la pratique du médecin ». Là encore, la notion d'erreur est envisagée de manière fonctionnelle et extrêmement large, et à rapprocher de celle d'événement indésirable.

Pour parvenir à cette classification, l'auteur s'est basé sur des taxonomies admises pour la formation médicale initiale depuis une cinquantaine d'années outre Atlantique. Plus que des informations sur la nature d'un événement indésirable, cette classification permet également d'en envisager une utilisation pédagogique pour le médecin, d'où son intérêt. Klotz a ainsi organisé sa classification autour de 3 catégories principales : **COGNITIVE, RELATIONNELLE / ATTITUDE et SENSORI-MOTRICE.**

Puis à partir d'analyses de la littérature mais aussi d'exemples concrets de situations rapportées par des médecins, des sous-catégories ont été définies. Par exemple, pour la catégorie SENSORI-MOTRICE, 5 sous-catégories sont proposées : **Inaptitudes physiques, Défaut de prédisposition, Manque d'entraînement, Inadéquation du matériel et Difficultés propres de l'acte.**

Le résultat final de ce travail est une classification synthétique disponible en annexe C.

2.6 CONSEQUENCES DES EVENEMENTS INDESIRABLES.

2.6.1 Cadre général : Plusieurs niveaux d'appréciation possible.

L'évaluation de l'impact des événements indésirables est un préalable indispensable à une démarche efficace d'amélioration de la Qualité des Soins. Mais les conséquences des événements indésirables peuvent s'apprécier de plusieurs manières. L'approche sera différente selon le but poursuivi.

Quand lors de sa prise en charge, un patient est victime d'un événement indésirable, il ne se sent concerné que par l'évaluation de son préjudice. Dans ce cas, nous nous plaçons à un niveau strictement individuel. Cela peut être par exemple en évaluant le handicap ou le degré de dépendance résiduel de ce patient suite à la survenue de l'événement iatrogène. C'est au plan individuel que se focalise également la Justice lorsqu'une situation connaît un traitement judiciaire.

Mais, nous devons aussi disposer de données beaucoup plus globales, et raisonner à des niveaux collectifs. C'est le cas, par exemple, si nous voulons connaître une évaluation du coût économique des événements indésirables dans notre pays ou de la mortalité globale imputable à la iatrogénie en Médecine Générale.

Nous pouvons également raisonner à l'échelle de la relation médecin - patient, et envisager les conséquences selon les différents protagonistes, puisque les acteurs du Système de Santé sont d'une part les utilisateurs finaux, autrement dit les patients et d'autre part les professionnels de Santé, les soignants.

2.6.2 Impact des événements indésirables sur les médecins.

A l'évidence, les événements indésirables ont également des répercussions sur les médecins. Et selon Albert W Wu, Professeur Associé à l'Université John Hopkins de Baltimore, le médecin serait la « **seconde victime** » de l'erreur médicale.²⁷

Rejoignant ce constat, P. Klotz et E. Galam militent pour une véritable prise en charge de l'erreur en médecine **offerte aux médecins** afin :

- D'en minimiser l'occurrence et la gravité.
- D'en faciliter la métabolisation dans la relation médecin patient.
- D'aider les praticiens à assumer leurs erreurs.
- D'en tirer des enseignements pour sécuriser et enrichir la pratique médicale.

Les conséquences sur les médecins peuvent se révéler dans plusieurs domaines :

Domaines judiciaires et juridictionnels :

Il s'agit par exemple d'un dépôt de plainte ou de la mise en place d'une procédure Ordinale à l'encontre d'un médecin généraliste, suite à la survenue d'un événement indésirable. Concernant ce type de conséquences, des données peuvent être collectées auprès des compagnies d'assurances et / ou de diverses juridictions (Ministère de la Justice, Ordre des Médecins etc.) Actuellement, ce type de répercussion est celui qui profite de la plus forte médiatisation.

Domaine psychosocial :

Plus difficiles à explorer, de nombreux autres facteurs extérieurs à la pratique professionnelle jouant les « parasites »²⁸, les répercussions psychosociales ont fait l'objet de peu de travaux. Pourtant, elles forment des liens étroits avec le syndrome de « *burn out* » (traduisible par *épuisement professionnel*) rencontré par certains praticiens²⁸. La « douleur psychique » que peut générer un événement indésirable chez le médecin est parfois extrêmement pénible ; lorsque ce dernier estime avoir commis une erreur, la douleur est souvent plus lourde encore. Elle est davantage « douleur morale » et renvoie le médecin à une problématique d'échec.

Dépressions sévères, conjugopathies, processus additifs et tentatives de suicides ne sont pas rares parmi la population des médecins généralistes...

Domaine professionnel :

On cible là toutes les modifications éventuelles que les événements indésirables engendrent sur la pratique professionnelle d'un médecin généraliste. Ces modifications peuvent s'apprécier tant au plan quantitatif qu'au plan qualitatif. Ces répercussions peuvent intéresser par exemple sa démarche diagnostique (exemple : dans le recours à un examen paraclinique lorsqu'une situation déjà rencontrée se présente).

A l'extrême, ces répercussions peuvent notamment inciter les médecins généralistes à se protéger contre la prise de risques ²⁹ en pratiquant une médecine dite défensive.

De plus, l'existence de répercussions sur les médecins soulève une autre problématique intimement liée, celle de la métabolisation de ces situations par les médecins. Et lorsque la situation découle d'une erreur, cet aspect prend une importance toute particulière.

Si nous formulons l'hypothèse que les médecins sont susceptibles de modifier leur pratique médicale suite à la survenue d'événements indésirables, à notre connaissance aucun travail en France n'a véritablement étudié cet aspect.

3. MATERIEL ET METHODES.

3.1.TYPE D'ETUDE.

L'étude que nous réalisons, s'intègre dans une démarche qualitative, et est de type descriptif. Elle consiste en la réalisation puis l'analyse d'entretiens semi dirigés, conduits auprès de médecins généralistes.

3.2.METHODOLOGIE DE SELECTION DES MEDECINS INTERROGES.

3.2.1. Médecins généralistes maîtres de stages à la Faculté de Médecine de Lyon.

Dans un premier temps, nous nous sommes adressés au secrétariat du Troisième Cycle de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Lyon, afin de nous procurer la liste des Médecins généralistes - Maîtres de stages lyonnais. Ces médecins généralistes accueillent des étudiants en Troisième Cycle de Médecine Générale, dans le cadre de stages en ambulatoire : soit lors de stages chez le praticien (SP), soit lors de Stages Ambulatoires en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS).

Pour être éligible à la fonction de Maître de stage à la Faculté de Médecine de Lyon et accueillir des étudiants en SP ou en SASPAS, les médecins généralistes doivent répondre aux critères suivants :

-  Etre titulaire d'un doctorat de Médecine Générale.
-  Exercer la Médecine Générale de manière libérale et être installé depuis au minimum cinq ans.
-  Exercer une activité allopathique majoritaire, sinon exclusive.
-  Appartenir au Collège Lyonnais de Médecine Générale (CLMG).
-  Effectuer régulièrement des formations, y compris pédagogiques pour l'enseignement aux étudiants en stage.

Ces critères constituent de fait une partie de nos critères d'inclusion.

La fonction de Maître de stage est réévaluée annuellement pour chaque médecin par le bureau du Département de Médecine Générale (DMG) de la faculté de Médecine de Lyon et chaque nouvelle candidature est soumise à son approbation.

La liste que nous avons obtenue mentionnait de manière systématique les noms et prénoms des médecins généralistes, leurs coordonnées postales, téléphoniques et électroniques (adresses email). Par commodité d'utilisation, nous avons procédé à l'informatisation de cette liste sous la forme d'un fichier Excel.

3.2.2. Recrutement de médecins volontaires pour participer à l'étude.

Dans un second temps, un courrier électronique a été envoyé à l'intégralité des médecins figurant sur la liste précédemment obtenue.

Chaque médecin a reçu le même message, envoyé le même jour, à la même heure, dans un format compatible avec l'ensemble des logiciels de messagerie électronique disponibles sur le marché. Cet email (disponible en **annexe A**), introduisait de manière succincte l'enquêteur et son travail, en évitant cependant d'être trop explicite sur la notion d'événement indésirable. De fait, il exposait la problématique principale, et la démarche mise en œuvre. Il sollicitait la participation des médecins pour la réalisation d'entretiens, en insistant sur le caractère ponctuel et anonyme de cette démarche. Les médecins intéressés étaient invités à répondre de manière prompte par l'envoi d'un courrier électronique à l'enquêteur dont l'adresse email était mentionnée.

Parmi les réponses obtenues, nous avons exclu celles des médecins répondant aux **critères d'exclusion** suivant :

- ✚ Médecins participant à l'encadrement de ce travail de thèse.
- ✚ Médecins ayant participé à une formation du Réseau d'Epidémiologie Clinique International Francophone en Médecine Générale (RECIF-MG) sur la « *Recherche en Médecine Générale* » en janvier et en avril 2005, où le sujet de notre travail avait été longuement débattu.

Pour les médecins qui ne pouvaient être inclus, un courrier électronique a été envoyé de manière systématique, afin d'une part de les remercier de leur intérêt pour le travail, et d'autre part de leur expliquer les raisons de leur non inclusion.

A l'issue de cette phase, nous avons pu constituer une liste de 16 médecins, répondant aux **critères d'inclusions définitifs** suivant :

- ✚ Etre titulaire d'un doctorat de Médecine Générale.
- ✚ Exercer la Médecine Générale de manière libérale et être installé depuis au minimum cinq ans.
- ✚ Exercer une activité allopathique majoritaire, sinon exclusive.
- ✚ Appartenir au Collège Lyonnais de Médecine Générale (CLMG).
- ✚ Effectuer régulièrement des formations, y compris pédagogiques pour l'enseignement aux étudiants en stage.
- ✚ Accord de principe du médecin considéré pour la réalisation d'un entretien.

Nous avons classé les médecins selon l'ordre chronologique de leur réponse au mail de recrutement (du médecin ayant répondu le plus rapidement au médecin ayant répondu le moins rapidement).

3.2.3. Détermination du nombre de médecins à inclure.

S'agissant d'une étude qualitative, nous nous sommes adressés au Service Commun de Sciences Humaines (SCSH) de l'Université Claude Bernard - Lyon I, afin de déterminer le nombre de médecins à interroger.

Le dialogue avec les sociologues nous a permis de fixer à une quinzaine le nombre d'entretiens nécessaires à la réalisation de l'étude.

3.2.4. Constitution de l'échantillon final.

Les médecins retenus à l'issue de la phase de recrutement ont été contactés individuellement, selon l'ordre chronologique précédemment défini.

Nous avons convenu avec chacun d'un rendez-vous, soit par échange de courriers électroniques, soit par appels téléphoniques. Lors de ces contacts individuels, nous avons demandé aux médecins de nous consacrer une plage horaire d'une heure. Nous avons proposé systématiquement de nous déplacer à leur cabinet pour y réaliser l'entretien, à défaut, de le réaliser dans le lieu qui leur convenait le mieux.

Nous avons sélectionné de cette manière **15 médecins**, qui ont constitué notre échantillon pour l'étude. Le seizième médecin n'a pu être inclus devant l'impossibilité à fixer une date de rendez-vous malgré plusieurs tentatives.

3.3.METHODOLOGIE D'ENTRETIEN.

3.3.1. Choix de l'entretien semi dirigé.

Le recueil de données auprès des médecins participant à l'étude a été effectué au moyen d'entretiens semi dirigés.

Parfois appelé entretien semi directif, un entretien semi dirigé est caractérisé par l'existence d'un guide d'entretien. Ce guide définit de manière préalable des thématiques à aborder lors de la discussion. Ce guide d'entretien peut également contenir certaines relances, utilisables éventuellement au cours de la discussion.^{30,31}

3.3.2. Réalisation du guide d'entretien (annexe B)

3.3.2.1. Première partie du guide d'entretien : Présentation.

Nous avons intégré à la première partie du guide une phase d'établissement de la relation interviewer / interviewé. Cette étape est nécessaire avant le démarrage de l'entretien proprement dit. Ainsi, lors de cette phase, déterminante pour la suite de l'entretien, il s'agit selon certains sociologues de réaliser un véritable «*contrat de communication, impulsé par l'interviewer.* »³⁰

Nous avons donc décidé d'organiser cette première partie selon trois temps :

🚦 *Premier temps, présentation de l'enquêteur / de l'interviewer:*

Nous commençons par saluer le médecin interviewé, et par lui fournir notre nom, notre prénom, notre faculté de rattachement et notre position actuelle dans le cursus des études médicales.

🚦 *Second temps, présentation de l'enquête:*

Nous exposons au médecin le cadre dans lequel s'inscrit le travail (réalisation d'une Thèse de Doctorat en Médecine Générale).

Lors d'une brève présentation de l'étude en elle-même, nous lui exposons le thème de l'étude (« *les conséquences des événements indésirables sur la pratique des médecins généralistes* »), la justification du choix de ce thème et enfin la méthodologie mise en place (réalisation d'entretiens auprès de médecins généralistes).

Dans le même temps, nous précisons au médecin que l'entretien est enregistré sur un support numérique, en insistant sur la garantie d'anonymat de l'enregistrement ainsi que sur un aspect déontologique que nous avons considéré comme important : l'absence de jugement porté sur la pratique du médecin interrogé.

 Troisième temps, présentation de l'enquête / de l'interviewé:

Nous demandons au médecin interrogé de nous fournir quelques informations générales le concernant. Nous lui demandons son âge, sa durée d'exercice en Médecine Générale et sa date d'installation ou sa durée d'exercice « installé ». Nous lui demandons une brève description de son cabinet (exercice seul ou en association, type de cabinet etc.) et de sa patientèle (composition, type etc.)

3.3.2.2. Seconde partie du guide d'entretien : mise en place du cadre conceptuel.

Nous avons également articulé cette seconde partie en plusieurs phases.

 Premier temps : Représentations de la notion d'événement indésirable.

Le but de cette partie est de recueillir les représentations de la notion d'*événement indésirable* pour le médecin interrogé.

Nous l'interrogeons tout d'abord sur le caractère familier ou non de cette notion pour lui, sans l'avoir définie au préalable. Nous l'invitons ensuite à nous confier ce que cette notion représente pour lui. En cas d'accroche insuffisante, plusieurs relances sont effectuées. Sinon une définition complète, nous cherchons à obtenir du médecin des éléments de définition dans ses propos.

 Second temps : Confrontations à une définition officielle.

Nous avons choisi une définition officielle pour *événement indésirable*, issue de nos recherches bibliographiques et nous l'avons intégrée à notre guide d'entretien afin de la soumettre systématiquement au médecin interviewé. Cette définition caractérise par *événement indésirable*

« tout effet fâcheux, immédiat ou différé, sur la santé des individus ou des populations, survenu à la suite de soins préventifs ou curatifs. » ³²

Nous recueillons ses réactions.

✚ *Troisième temps : Confrontations à une autre définition.*

Nous avons intégré à notre guide d'entretien une définition utilisée dans le cadre d'un travail sur une classification de l'erreur médicale, précédemment cité ²¹.

Cette définition est la suivante : « tout événement survenu dans la pratique d'un médecin, qui ne devrait pas se produire, qui n'a pas été anticipé et qui fait dire au médecin : "Ca ne doit pas arriver, je ne veux pas que cela se produise à nouveau". » **Nous soumettons systématiquement au médecin interrogé cette définition, sans lui préciser cependant son rattachement à la notion d'erreur médicale.**

Le médecin est invité à nous confier son opinion sur cette définition.

✚ *Quatrième temps : Abord franc de la notion d'erreur médicale, positionnement par rapport à la notion d'événement indésirable.*

Nous demandons au médecin comment il positionne les notions d'événement indésirable et d'erreur médicale, l'une par rapport à l'autre. Nous lui demandons de fournir des éléments de justification.

3.3.2.3. Troisième partie du guide d'entretien : recueil de situations personnelles et exploration de la pratique du médecin.

3.3.2.3.1. Evocation des faits par le médecin.

Nous avons formalisé cette troisième partie dans le guide d'entretien, malgré une discussion ne pouvant être linéaire. Il y a de fait passage en revue de plusieurs situations au cours d'un entretien, avec des liens d'une situation à une autre, imprévisibles à l'avance.

Le but est de pouvoir collecter des données grâce à l'évocation par le médecin interviewé, d'une (au minimum) ou plusieurs situations ^{33,34}, étant réellement survenues dans sa pratique et s'intégrant dans le cadre de notre enquête.

Il s'agit aussi d'explorer ces situations selon différents thèmes. Afin d'entamer la discussion, nous avons prévu dans notre guide plusieurs phrases d'amorce susceptibles, le cas échéant, d'être employées à ce moment là.

La recherche de l'impact sur la pratique et la description des situations se fait de manière quasi concomitante avec le récit des faits par le médecin.

Enfin, si le médecin évoque une histoire personnelle de manière totalement spontanée, cela même alors que l'entretien n'a pas encore atteint cette troisième partie, nous avons décidé de laisser de côté le cours prévu par le guide d'entretien, pour aborder l'exploration de cette situation.

3.3.2.3.2. Exploration des thèmes.

Dans l'exploration d'un fait rapporté par le médecin, nous avons décidé de traiter – si le médecin ne le faisait pas spontanément – plusieurs thèmes que nous avons estimés importants. Lors de la construction du guide d'entretien, nous avons cherché à formaliser ces thèmes en les organisant en plusieurs pôles.

Pendant l'entretien, cette formalisation nous a cependant davantage servi comme un support mnésique plutôt que comme un questionnement figé. Cette souplesse, tout en restant à l'intérieur du cadre de l'entretien, nous est permise par le caractère semi dirigé de l'entretien³⁰.

Les sous thèmes que nous avons retenus, correspondent aux répercussions des événements indésirables sur la Pratique des médecins généralistes, répercussions que nous avons envisagées ou que nos recherches bibliographiques avaient permis de mettre en évidence.

Bien que certains thèmes puissent être classés de manières différentes, et se recoupent entre eux, nous avons ainsi distingué les thématiques suivantes:

Le domaine de l'Exercice Professionnel :

a- Conduites d'évitements par le médecin généraliste.

Nous avons formulé l'hypothèse de l'existence de **conduites d'évitements par le médecin**. Nous avons supposé que ces conduites d'évitements pouvaient potentiellement intéresser plusieurs éléments:

- Le patient impliqué dans la situation.
- Les proches du patient.
- Un « type » de patient similaire
- Une pathologie ou une situation clinique analogue.
- Le traitement ou l'acte thérapeutique en cause.
- Etc.

Au cours de l'entretien, on cherche à mettre en évidence un lien entre ces conduites éventuelles et une ou des situations survenues dans la pratique du médecin interrogé.

b- Modifications dans la démarche diagnostique du médecin généraliste.

Nous avons supposé l'existence de **modifications** durables qualitatives et / ou quantitatives **dans la démarche diagnostique du médecin.**

Nous avons envisagé des modifications parfois systématiques, principalement:

- au niveau du temps alloué à l'examen clinique et à la façon dont il est conduit par le médecin.
- à sa façon de recueillir des informations auprès du patient lors de l'interrogatoire.
- dans le recours aux explorations paracliniques ou à l'avis spécialisé.

Toute modification doit pouvoir être rattachée à un fait rapporté par le médecin interviewé.

c- Modifications dans la démarche thérapeutique du médecin généraliste.

Nous avons formulé l'hypothèse de **changements** également quantitatifs et / ou qualitatifs **dans la démarche thérapeutique** du médecin comme le recours ou l'abandon de thérapeutiques anciennes ou au contraire récentes, toujours en rapport avec un événement indésirable rapporté par le médecin.

Les domaines de la Formation Professionnelle et de la Prévention :

Nous avons décidé d'explorer le domaine de la formation professionnelle – en rapport avec la survenue d'événements indésirables – dans la pratique des médecins interviewés. Si le médecin n'aborde pas spontanément cette thématique, nous l'interrogeons systématiquement sur l'existence de démarches de formation personnelle et le cas échéant, sur les moyens utilisés. Nous

l'interrogeons également sur les actions à mener selon lui au niveau collectif et à proposer aux médecins généralistes.

Les domaines Psychosociaux et Relationnels :

Nous avons inclus la thématique relationnelle, notamment au niveau de la relation médecin – malade, dans le contexte d'un événement indésirable.

Pendant l'entretien, nous tentons de mettre en évidence l'existence de changements plutôt qualitatifs. Les relations confraternelles ainsi que les relations avec d'autres intervenants en milieu ambulatoire sont également envisagées. Enfin, nous abordons au cours de l'entretien le vécu psychique des faits indésirables rapportés par le médecin.

3.3.2.4. Quatrième partie de l'entretien : Conclusion.

Nous remercions le médecin au terme de l'entretien, lorsque ce dernier ne semble plus avoir de choses à dire (pas de reprise de la discussion malgré relance) ou lorsque le médecin met lui-même fin à l'entretien (verbalement ou en fonction de son attitude).

3.3.3. Test du guide d'entretien.

Avant de débiter les entretiens auprès des médecins généralistes, nous avons procédé au test et au rodage du guide lors d'entretiens avec des médecins. Il s'agissait soit d'étudiants en cours de troisième cycle de Médecine Générale de notre entourage professionnel plus ou moins immédiat, soit de médecins généralistes également rencontrés dans notre entourage professionnel ou amical.

Si la plupart du temps, il s'agissait d'entretiens informels, ayant toutefois permis de tester les aspects du guide, trois entretiens ont été enregistrés et effectués dans des conditions similaires à celles voulues par l'étude, comme détaillé plus loin. Ces entretiens ont permis de tester la réceptivité des médecins généralistes au sujet, et à valider notre approche de l'*erreur médicale* par le biais des *événements indésirables*.

Nous avons ainsi modifié certaines relances du guide afin d'obtenir le guide d'entretien définitif disponible en annexe B.

3.3.4. Réalisation des entretiens.

3.3.4.1. L'interviewer.

Les médecins ont tous été interrogés par nos soins, après avoir convenu avec eux d'un rendez-vous.

3.3.4.2. Date et lieu d'entretien.

Nous nous sommes rendus à la date et à l'heure convenues, soit au cabinet du médecin interrogé, soit dans un lieu qu'avait choisi le médecin lors de la prise du rendez-vous.

Le cas échéant, l'entretien pouvait se dérouler dans une pièce choisie par le médecin, s'il y en avait plusieurs disponibles. Était privilégié si possible, un endroit calme, familier du médecin et sans présence de tiers.

3.3.4.3. Matériel utilisé.

Les entretiens ont tous été enregistrés sur un support numérique. Nous avons opté pour ce procédé dans un souci de commodité de manipulation des données.

L'appareil enregistreur était constitué d'un assistant personnel de type *Pocket PC* (*Marque et Modèle : Toshiba e800*), auquel nous avons adjoint pour l'occasion une mémoire additionnelle de type Compact Flash d'une taille de 1 gigaoctet, destinée à l'enregistrement. Cette capacité nous a octroyé une durée d'enregistrement de plusieurs heures, sans nécessité de manipulation de l'appareil enregistreur, ni risque d'interruption d'un entretien par capacité d'enregistrement insuffisante.

Un logiciel (*Référence : Resco Audio Recorder v3.20 pour Pocket PC*) acquis spécifiquement pour l'étude, a permis l'enregistrement en temps réel des entretiens dans le format audionumérique *mp3*, compatible avec un grand nombre de matériels informatiques usuels. A la fin d'un entretien, le fichier correspondant à l'enregistrement était systématiquement transféré sur un ordinateur portable (*Marque et Modèle : HP Compaq Tablet PC TC 4200*). Pour nous prémunir d'une éventuelle défaillance, nous avons opté pour une sauvegarde quotidienne du travail sur support CDROM.

3.3.4.4. Notes électroniques.

Une note manuscrite, également au format numérique, reprenant nos impressions « à chaud » a été rédigée à la fin de chaque entretien, après avoir quitté le médecin interrogé. Nous nous

sommes attachés à décrire de manière succincte le ressenti que nous avons eu du déroulement de l'entretien et les points qui nous ont paru marquants. Chaque note a été transférée sur l'ordinateur, et rattachée à l'entretien correspondant.

3.4.METHODOLOGIE D'ANALYSE DES DONNEES.

3.4.1. Première Phase : Transcription.

3.4.1.1. Transcription des entretiens.

Nous avons réalisé la transcription des entretiens, de manière concomitante avec la réalisation des enregistrements.

Les entretiens ont été intégralement transcrits dans des fichiers individuels, au format *Microsoft Word 2003*, en utilisant la combinaison d'un lecteur de fichiers au format mp3 (*Référence : Nullsoft Winamp 5.08*), associé au traitement de texte *Microsoft Word 2003*. La transcription a été réalisée par nos soins, de manière manuelle, sans utilisation de logiciel de reconnaissance vocale.

Nous n'avons pas reformulé les propos des médecins ni cherché à corriger les fautes de langage. Nous avons transcrit les propos « mot à mot », ajoutant à la manière des didascalies utilisées au théâtre, de brèves notes pour signifier des moments de silence, de pause, de rire, d'interruption de l'entretien par un événement, d'attitude du médecin interviewé ou notre ressenti sur un passage de la discussion. A cette occasion, nous avons exploité les notes que nous avons rédigées à la fin des entretiens.

Nous avons utilisé un ordinateur portable de type *Tablet PC (Marque et Modèle : HP Compaq Tablet PC TC 4200)*. Cet ordinateur utilise une technologie d'encre numérique et nous a permis l'exploitation des données comme s'il s'agissait de documents papiers standards. Ainsi, l'exploitation des entretiens a été entièrement réalisée sous une forme numérique.

3.4.1.2. Mise en forme des textes.

Chaque entretien a été secondairement mis en forme. Nous avons individualisé les propos de l'interviewer et ceux du médecin généraliste interviewé, en leur attribuant une couleur propre à chacun. Les indications de type didascalie ont été signifiées par deux symboles étoilés.

3.4.2. Seconde Phase: Données statistiques.

Nous avons calculé des données statistiques usuelles à partir des données présentes dans les entretiens (de type moyennes, extrêmes etc.) en utilisant les formules statistiques de base. Les calculs et les graphiques ont été réalisés sur l'ordinateur avec un tableur (*Microsoft Excel 2003*).

3.4.2.1. Données sociodémographiques.

Nous avons extrait et calculé des données concernant les caractéristiques sociales et démographiques (âge, sexe, département d'exercice, type de cabinet etc.) des médecins.

3.4.2.2. Données générales sur les entretiens.

Nous avons mesuré des données « quantifiables » sur les entretiens menés, comme par exemple, la durée de chaque entretien, le nombre de faits rapportés par entretien etc.

3.4.3. Troisième Phase: Analyse des éléments de discours.

3.4.3.1. Idée générale.

Nous avons opté pour un traitement des données par identification des éléments du discours des médecins en plusieurs pôles, abordant des aspects différents de la problématique étudiée. Plusieurs lectures, attentives, des transcriptions nous ont permis d'extraire ces données, puis de les classer selon leur appartenance aux pôles suivant :

- Éléments conceptuels.
- Situations cliniques / Faits rapportés.
- Abord préventif ou de formation.
- Aspects médico-légaux.

Dans les cas où un élément de discours apparaissait plusieurs fois – soit dans un même entretien, soit dans plusieurs entretiens – le nombre d'occurrences était noté.

3.4.3.2. Classement des éléments de discours.

Les éléments conceptuels : études des représentations des médecins.

Nous avons fait l'inventaire dans chaque entretien des éléments de définitions concernant les notions d'*événement indésirable* et d'*erreur médicale* ; secondairement nous avons réalisé une synthèse pour les 15 entretiens. Nous avons également étudié les réactions et les opinions des médecins concernant les définitions que nous leur avons soumises pour ces deux concepts.

Le recensement et l'analyse des faits exposés.

Nous n'avons retenu pour l'étude que les situations réellement vécues par les médecins, et écarté celles envisagées à titre d'exemples. Nous avons fait un recensement exhaustif des faits rapportés par les médecins, et les avons analysés chacun individuellement. Le schéma d'analyse d'un événement se compose systématiquement de plusieurs parties :

- Les éléments principaux du fait rapporté (résumé bref de la situation).
- L'événement non attendu et ses conséquences pour le patient.
- Le ressenti du médecin sur la qualification possible de la situation exposée (i.e. *événement indésirable* ou *erreur médicale*).
- Le positionnement du fait rapporté, le cas échéant, dans la classification de l'erreur proposée par P.Klotz, précédemment expliquée.⁷
- Les éléments d'impact immédiat pour le médecin ou sa pratique.
- Les éléments d'impact ultérieur pour le médecin ou sa pratique.

Nous avons étudié les aspects d'*événement indésirable* et d'*erreur médicale* selon l'opinion des médecins d'abord, puis selon le positionnement des faits dans la taxonomie proposée par Klotz. Une synthèse des conséquences observées a été réalisée à partir de ce travail ; nous avons regroupé les conséquences selon la même organisation des thématiques que dans le guide d'entretien.

L'abord préventif à envisager selon les médecins.

Nous avons relevé les éléments de prise en charge à proposer aux médecins généralistes, selon les médecins interrogés ; puis nous avons réalisé une synthèse à partir des éléments relevés.

Les aspects médico-légaux.

Nous avons retenu tous les éléments de discours évoquant les aspects médico-légaux. Une analyse des champs lexicaux a été secondairement réalisée sur les éléments isolés.

3.5.METHODOLOGIE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.

Les recherches bibliographiques dans le cadre de la réalisation de ce travail ont été réalisées en langue française et en langue anglaise.

En langue française, les mots clefs utilisés ont été principalement :

- + Iatrogénie / Evénement indésirable / Erreur médicale.
- + Soins Primaires / Médecine Générale.
- + Médecin généraliste.
- + Impact / Conséquence.

En langue anglaise, les mots clefs utilisés ont été principalement :

- + Adverse event / Malpractice / Medical error.
- + Primary Care / Family medicine / Family practice.
- + Physician.
- + Consequence / Impact.

Nous avons utilisé ces mots clefs, sous diverses combinaisons avec opérateurs booléens, avec les moteurs de recherche *Pubmed* et *Embase* essentiellement, ainsi que *scholar google*.

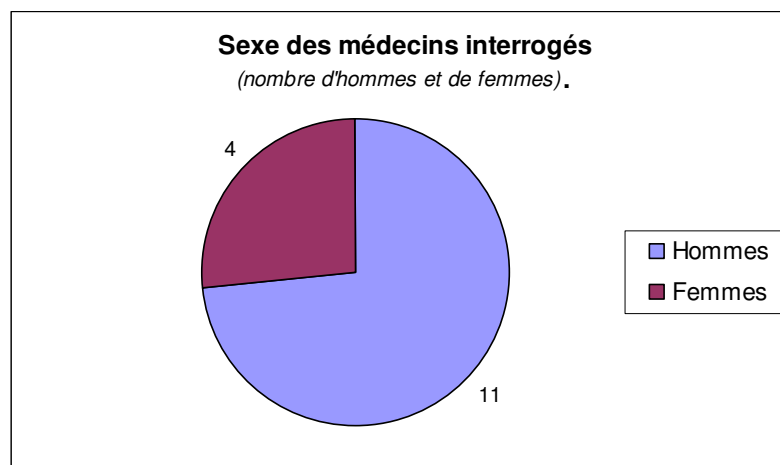
4. RESULTATS.

4.1. A PROPOS DES DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON ET DES DONNEES GENERALES DES ENTRETIENS.

4.1.1. Données sociodémographiques de la population interrogée.

4.1.1.1. Caractéristiques démographiques de la population étudiée.

Sexe des médecins interrogés.



Age des médecins.

Tous sexes confondus :

L'âge des médecins inclus dans l'étude varie de 42 à 58 ans.

L'âge moyen de la population interrogée est de 52 ans et 4 mois.

Ages dans la population masculine:

L'âge des hommes participant à l'enquête varie de 42 à 58 ans.

L'âge moyen des hommes interrogés est de 52 ans.

 Ages dans la population féminine:

Les âges de la population féminine interviewée s'étalent de 47 à 58 ans.

L'âge moyen des femmes est de 53 ans et 3 mois.

4.1.1.2. Caractéristiques socioprofessionnelles.

 Age à l'installation.

 Tous sexes confondus :

Les âges à l'installation s'étalent de 26 à 34 ans.

L'âge moyen à l'installation s'établit à 29 ans et 6 mois.

 Ages à l'installation dans la population masculine :

Les âges à l'installation des hommes varient de 26 à 34 ans.

L'âge moyen à l'installation parmi cette population masculine se situe à 29 ans et 6 mois.

 Ages à l'installation dans la population féminine :

L'âge à l'installation dans la population féminine de l'enquête varie de 27 à 32 ans.

L'âge moyen à l'installation dans la population féminine interrogée est de 29 ans 4 mois.

 Durée d'exercice.

 Tous sexes confondus :

Dans notre étude, la durée d'exercice des médecins varie de 13 ans à 30 ans.

La durée moyenne d'exercice s'établit à 23 ans et 8 mois.

 Durées d'exercice dans la population masculine :

Parmi la population masculine, la durée d'exercice varie entre 13 et 30 ans.

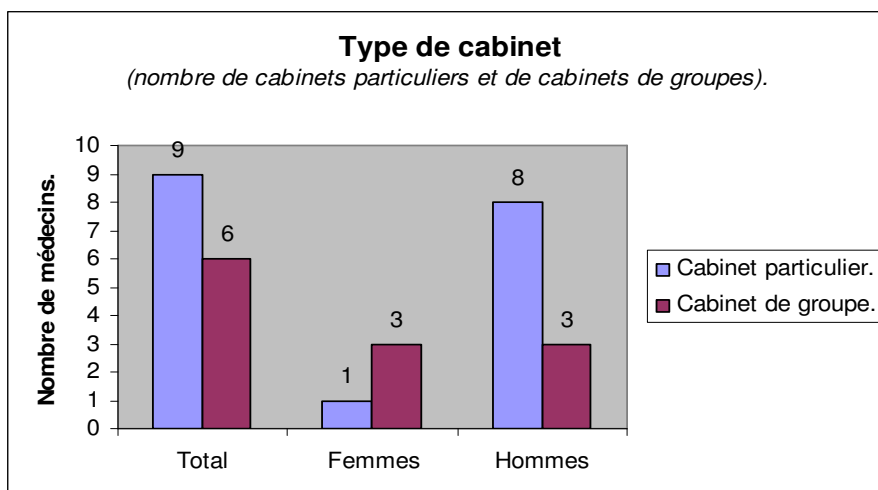
Dans notre étude, la durée moyenne d'exercice d'un homme est de 23 ans et 5 mois.

 Durées d'exercice dans la population féminine :

Les durées d'exercice des femmes interrogées s'étalent de 20 à 29 ans.

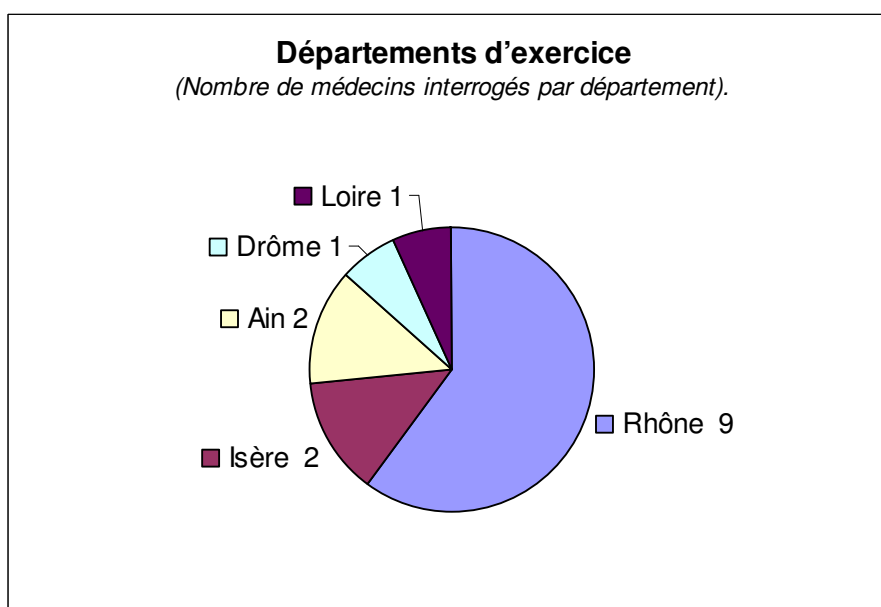
Dans la population féminine interrogée, la durée moyenne d'exercice se situe à 24 ans 3 mois.

✚ Type de cabinet.

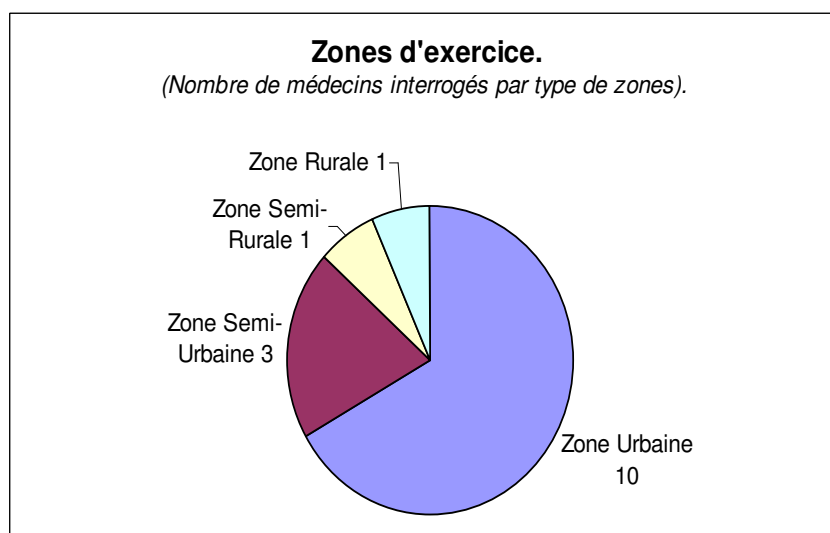


✚ Lieu d'exercice.

✚ Département d'exercice :



✚ Zone d'exercice.



Si on corrèle la zone d'activité au sexe des médecins:

- 7 hommes sur 11 exercent en milieu urbain (soit 64% des hommes).
- 3 des 4 femmes exercent en zone urbaine (soit 75% des femmes interviewées).

4.1.1.3. Type d'activité et patientèle par médecin.

Sexe	Age (années)	Zone d'exercice	Département d'exercice	Activité du médecin (synthèse)	Eléments définissant sa patientèle et son activité (selon le médecin interrogé).
Masculin	42 ans	Urbaine	Rhône (69)	Patientèle plutôt âgée.	Plus de 65 ans constituant 50 % de la patientèle.
Masculin	56 ans	Urbaine	Drôme (26)	Activité dans la moyenne nationale.	Proportions de personnes âgées et de pédiatrie équivalentes. Activité de Médecine Générale.
Masculin	53 ans	Urbaine	Rhône (69)	Activité dans la moyenne nationale.	Activité variée de médecine générale. Moyenne nationale.
Masculin	55 ans	Urbaine	Isère (38)	Activité de Médecine Générale, en milieu social défavorisé.	Patients issus de milieux sociaux défavorisés et de quartiers semi-résidentiels.
Masculin	53 ans	Semi-rurale	Ain (01)	Activité dans la moyenne départementale.	Patientèle dans la moyenne départementale. Proportions d'actifs et d'inactifs équivalentes.
Masculin	47 ans	Semi-urbaine	Rhône (69)	Patientèle dans la moyenne nationale.	Moins de 16 ans constituent 30 % de la patientèle et les plus de 60 ans 15%, dans la moyenne nationale.
Masculin	52 ans	Urbaine	Loire (42)	Patientèle plutôt âgée.	Proportion des plus de 65 ans plus importante que la moyenne.
Masculin	58 ans	Semi-Urbaine	Rhône (69)	Patientèle dans la moyenne départementale.	Activité variée de médecine générale. Moyenne départementale.
Masculin	52 ans	Urbaine	Rhône (69)	Patientèle dans la moyenne nationale, contexte social plutôt favorisé.	Dans la moyenne. Proportions de personnes âgées et de pédiatrie similaire. Patientèle issue de milieux un peu plus favorisés.
Masculin	57 ans	Semi-Urbaine	Rhône (69)	Patientèle mixte (jeune et âgée).	Activité pédiatrique majoritaire (40 % de l'activité). Proportion de personnes âgées importante, actifs ayant vieillis depuis l'installation du médecin.
Masculin	47 ans	Urbaine	Rhône (69)	Patientèle plutôt jeune, milieu social défavorisé.	Proportion de personnes de moins de 60 ans majoritaire. Patientèle issue de milieux sociaux modestes, avec précarité. Proportion de personnes âgées réduite, environ 5 %.
Féminin	53 ans	Urbaine	Isère (38)	Activité variée de Médecine Générale.	Toute classe sociale, toute origine ethnique, toute classe d'âge. Activité de Médecine Générale.
Féminin	47 ans	Rurale	Ain (01)	Patientèle rurale, avec activité pédiatrique et gynécologique.	Patientèle rurale. Gynécologie et pédiatrie plus importantes.
Féminin	55 ans	Urbaine	Rhône (69)	Patientèle plutôt féminine, jeune et âgée, contexte social défavorisé.	25% d'activité en pédiatrie et 25% d'activité en gériatrie. Activité gynécologique importante. Patientèle de milieux sociaux modestes.
Féminin	58 ans	Urbaine	Rhône (69)	Patientèle féminine, jeune ou âgée, contexte social défavorisé.	40 % de la patientèle issue de milieux sociaux défavorisés. Activité gériatrique, de gynécologie et de pédiatrie. 5 % de patient venant de zones géographiquement éloignées.

4.1.2. Données générales sur les entretiens.

4.1.2.1. Nombre d'entretiens et période de réalisation.

✚ *Nombre d'entretiens réalisés :*

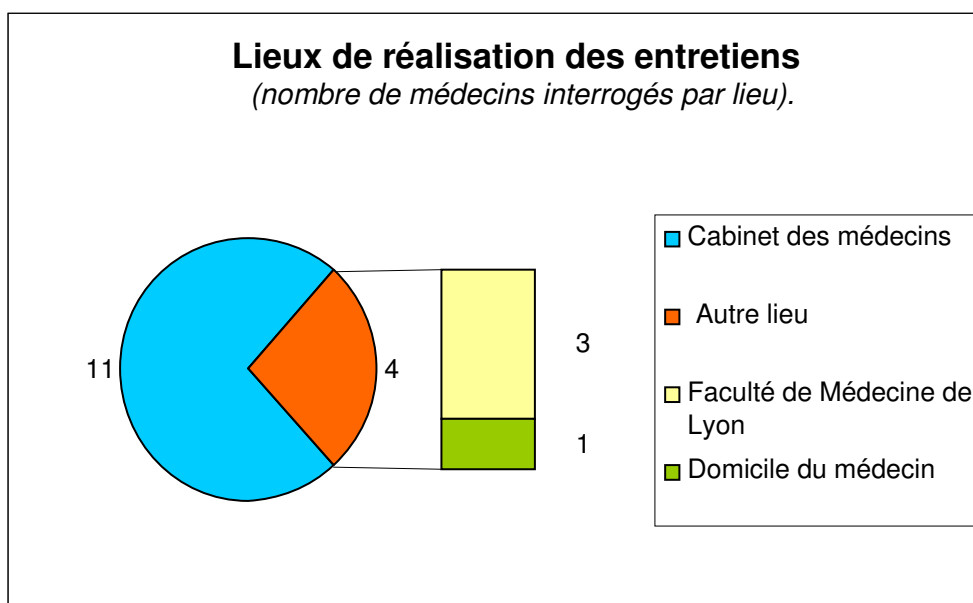
Nous avons pu réaliser pour cette étude 15 entretiens.

✚ *Période et durée de réalisation des entretiens :*

Les entretiens ont été réalisés sur une **période s'étalant du mois de mai 2005 au mois de juillet 2005.**

La durée de réalisation des entretiens a donc été de 3 mois.

4.1.2.2. Lieu d'entretien.



Dans la population masculine, 8 entretiens sur 11 ont eu lieu au cabinet du médecin (soit 73% des entretiens) contre 3 sur 4 dans la population féminine (soit 75% des entretiens dans cette population).

4.1.2.3. Durée des entretiens.

✚ *Durées des entretiens tous sexes confondus :*

La durée des entretiens varie entre 27 minutes 57 secondes et 43 minutes 5 secondes.

La durée moyenne dans notre étude est de 36 minutes et 12 secondes.

 Durées des entretiens de la population masculine :

Dans la population masculine, la durée des entretiens s'étale de 27 minutes 57 secondes à 43 minutes 5 secondes avec une durée moyenne de 37 minutes 2 secondes.

 Durées des entretiens de la population féminine :

Les durées d'entretien des femmes interrogées oscillent entre 28 minutes 4 secondes et 39 minutes 23 secondes.

Enfin, la durée moyenne des entretiens dans la population féminine interrogée est de 33 minutes 55 secondes.

 Durée totale des entretiens (sommées des durées de chaque entretien):

La durée totale des entretiens est de 9 heures et 3 minutes.

4.1.3. Tableau de synthèse.

Le tableau, visible page suivante, présente une synthèse des éléments que nous venons de détailler.

Sexe	Âges (années)	Âge à l'installation (années)	Durée d'exercice (années)	Durée d'installation (années)	Durée d'entretien (minutes secondes)	Type de cabinet	Zone d'exercice	Lieu d'entretien
Masculin	42 ans	29 ans	13 ans	13 ans	41 min 20 secs	Particulier	Urbaine	Cabinet
Masculin	56 ans	34 ans	23 ans	22 ans	36 min 45 secs	Particulier	Urbaine	Cabinet
Masculin	53 ans	31 ans	24 ans	24 ans	29 min 05 secs	Particulier	Urbaine	Cabinet
Masculin	55 ans	26 ans	29 ans	29 ans	43 min 05 secs	De groupe	Urbaine	Faculté
Masculin	53 ans	29 ans	24 ans	24 ans	42 min 23 secs	Particulier	Semi-rurale	Domicile
Masculin	47 ans	30 ans	22 ans	17 ans	40 min 51 secs	Particulier	Semi-urbaine	Cabinet
Masculin	52 ans	27 ans	25 ans	25 ans	38 min 28 secs	Particulier	Urbaine	Cabinet
Masculin	58 ans	32 ans	27 ans	26 ans	34 min 36 secs	Particulier	Semi-Urbaine	Cabinet
Masculin	52 ans	28 ans	25 ans	24 ans	27 min 57 secs	Particulier	Urbaine	Cabinet
Masculin	57 ans	28 ans	30 ans	29 ans	32 min 53 secs	De groupe	Semi-Urbaine	Faculté
Masculin	47 ans	31 ans	16 ans	16 ans	39 min 57 secs	De groupe	Urbaine	Cabinet
Moyennes population masculine.	52 ans	29 ans 6 mois	23 ans 5 mois	22 ans 6 mois	37 minutes et 2 secondes	63% de cabinets particuliers	64% d'exercice urbain	73% des entretiens au cabinet
Féminin	53 ans	28 ans	25 ans	25 ans	31 min 38 secs	De groupe	Urbaine	Cabinet
Féminin	47 ans	27 ans	20 ans	20 ans	28 min 04 secs	Particulier	Rurale	Cabinet
Féminin	55 ans	32 ans	23 ans	23 ans	36 min 33 secs	De groupe	Urbaine	Cabinet
Féminin	58 ans	30 ans	29 ans	28 ans	39 min 23 secs	De groupe	Urbaine	Faculté
Moyennes population féminine.	53 ans 3 mois	29 ans 4 mois	24 ans 3 mois	24 ans	33 minutes et 55 secondes	75% de cabinets de groupe	75% d'exercice urbain	75% des entretiens au cabinet
Moyennes population totale.	52 ans 4 mois	29 ans 6 mois	23 ans 8 mois	23 ans	36 minutes et 12 secondes.	60% de cabinets particuliers	67% d'exercice urbain	73% des entretiens au cabinet

4.2. A PROPOS DU CADRE CONCEPTUEL.

4.2.1. Représentations des médecins pour *événement indésirable* et pour *erreur médicale*, et réactions aux définitions – synthèse par entretien.

Entretiens	Représentations données par le médecin pour <i>événement indésirable</i> (par ordre chronologique d'apparition dans l'entretien).	Réactions à la définition proposée pour <i>événement indésirable</i> .	Réactions à la définition d' <i>erreur médicale</i> (sans préciser au médecin ce qu'elle qualifie).	Représentations données par le médecin pour <i>erreur médicale</i> (par ordre chronologique d'apparition dans l'entretien).
A	Erreurs. Effets indésirables des médicaments Situations cliniques non maîtrisables Demandes et évolutions imprévues Notion d'imprévisibilité Notion d'absence de faute systématique	Adhésion à la définition. Insiste sur la notion « d'élément fâcheux ».	Absence d'adhésion. Définition qui concerne davantage l'erreur médicale.	Notion de faute Tâche non accomplie ou oubliée Tâche qui aurait du être faite différemment Notion de prévisibilité Evocation du manque d'expérience du médecin
B	Effets indésirables des médicaments et des traitements Eléments parasitant la pratique, l'affect, le jugement, ayant des conséquences sur la santé du patient ou la relation médecin malade. Erreur de diagnostic.	Adhésion partielle. Définition ciblant davantage les effets secondaires dans le Soins. Ne prend pas en compte les éléments parasites.	Moindre adhésion Reproche à la seconde partie de ne pas être une définition mais une impression. Adhésion par contre à la première partie de la définition.	Notion totalement contenue dans celle « d'événement indésirable »
C	Événement indésirable relationnel Événement imprévisible dans la relation ou dans le diagnostic, dans la prise en charge du patient.	Adhésion partielle. Définition n'englobant pas la dimension relationnelle. Définition trop impersonnelle. Définition « pour le patient ».	Adhésion plus importante. Propose de mêler les deux définitions. Définition « pour le médecin ».	Erreur médicale peut être un événement indésirable.
D	« Savoir si ce qu'on a planifié pour le patient ne se réalise pas ». Résultat de consultation indésirable Erreur diagnostique. Erreur thérapeutique. Effets indésirables des médicaments ou des interventions médicales. Effets aléatoires inhérents à toute pratique humaine. Parfois problème de compétences du médecin. Problème concernant le patient. Notion de hasard et d'inévitabilité. Imputabilité partielle du médecin dans certains cas.	En accord avec la définition. Définition plus « statique ».	Intérêt du médecin interrogé pour qui la définition montre l'effet sur le médecin. Notion d'expérience du médecin et de réactivité face aux événements indésirables (définition plus « dynamique »).	Imputabilité totale au médecin. Responsabilité plus forte du médecin que dans un événement indésirable.

E	Effets indésirables médicamenteux (connus ou pas). Événement indésirable dans le domaine relationnel. Retard diagnostique. Caractère parfois inévitable d'un événement indésirable.	Adhésion à la définition. Souligne l'importance de l'aspect temporel et de la dimension du soin.	Moindre adhésion. Trouve que la définition oublie le patient, en ciblant (l'effet sur) le médecin. Notion de démarche du médecin pour prévenir la survenue d'un événement indésirable dans la définition à retenir.	Notion d'erreur commise par le médecin (prise en charge inadaptée du patient). Une erreur médicale est aussi un événement indésirable. Caractère évitable de l'erreur. Notion de faute du médecin.
F	« Tout ce qui peut arriver d'inattendu et de perturbant dans la prise en charge d'un patient. » Accident thérapeutique Effets secondaires non attendus.	Définition correspondant aux répercussions sur la santé des usagers. Dimension manquante : celle du médecin, la définition ne prenant pas en compte les effets sur le médecin (sa pratique, sa santé). Nécessité d'un compromis.	Définition ne prenant pas en compte l'usager, le patient. Définition trop centrée sur le médecin. Nécessité d'un compromis.	L'erreur médicale est un événement indésirable, commun de la pratique quotidienne du médecin. Mise en exergue par la Société.
G	« Les emmerdes. » « Les boulettes. » Erreurs diagnostiques. Conflits avec les patients. Notion d'imprévisibilité. Absence de faute du médecin.	Définition ciblant trop les effets secondaires Définition trop restreinte.	Définition utopiste. Souhait impossible du médecin.	Notion de gravité plus importante de l'erreur médicale par rapport à l'événement indésirable. Notion de culpabilité potentielle plus importante.
H	Événement non attendu. Complication d'un problème médical, ou évolution défavorable. Notion d'effet adverse et de toxicité du Soin. Prévisibilité de certains événements indésirables (quand événements indésirables connus)	Adhésion à la définition. Insiste sur la possibilité d'évolution défavorable malgré les soins.	Moindre adhésion. Commentaire sur le caractère anticipatoire : même anticipés, certains événements – connus – peuvent se produire.	Diagnostic (de pathologie courante) non posé. Notion de négligence de la part du médecin. Notion de manque d'écoute ou notion d'écoute non efficace du patient.
I	Interaction médicamenteuse non prévue. Intolérance médicamenteuse non prévue. Erreur diagnostique. Surtout effet indésirable médicamenteux.	Définition adéquate. Synthèse de tous les événements indésirables.	Définition complémentaire de la première. Précise la première définition.	L'erreur médicale est un événement indésirable. Donnant lieu à des regrets et à une réflexion sur sa pratique.
J	Préoccupation quotidienne, les « risques du métier ». Geste maladroit. Toute chose faite par le médecin pouvant nuire, léser ou faire mal au patient. Risque pris lors d'une prescription ou lors d'un acte médical. Mauvaise interprétation d'un fait ou estimation d'une situation. Notion de survenue aléatoire. Notion d'éléments inconnus à un instant 't' chez le patient. « Ecart entre l'attendu idéal et le résultat ». Notion d'événement indésirable pour le patient et d'événement indésirable pour le médecin.	Adhésion à la définition.	Pas d'adhésion. Définition de l'ordre de la prière.	Notion d'erreur médicale et d'événement indésirable très proches sinon identiques. Notion de démarche formative dans l'exploitation de ses erreurs. Notion d'erreur rattachée à la notion de faute.

K	Événements qui perturbent la consultation / son déroulement. Notion de fréquence importante de survenue d'événements indésirables (comme définis avant). Notion de responsabilité du médecin. Notion de gravité moindre par rapport à une erreur médicale. Notion d'imprévisibilité / d'impondérabilité.	Adhésion partielle. Définition ne prenant en compte que les événements qui ont une conséquence néfaste, pas les événements sans conséquences.	Adhésion partielle. Définition concernant le médecin.	Notion de gravité. Erreur de diagnostic. Erreur thérapeutique. Erreur relationnelle, erreur de comportement. Notion de répercussion sur le patient. Notion de responsabilité du médecin engagée. Notion de prévisibilité de l'erreur et caractère évitable. Erreur par défaut de compétences avec prise de risque sciemment.
L	Sortie du patient du cadre de la consultation. Passage à l'acte du patient. Iatrogénie du médecin. Le médecin peut générer de la pathologie chez le patient (« L'Enfer est pavé de bonnes intentions »).	Adhésion partielle. Définition qui pose le problème de la iatrogénie.	Pas d'écho de la part du médecin (pas d'adhésion).	Routine du médecin. Notion d'inévitabilité de la survenue d'erreur dans la pratique médicale. Notion de « petites et de grosses bêtises ». Peu d'erreurs techniques. Erreurs relationnelles majoritaires. Notion de faillibilité du médecin.
M	Événements iatrogènes (des médicaments, des actes médicaux et des mots). « Événement inattendu mais que le médecin a un peu provoqué » : lien direct ou indirect de causalité avec médecin ou ses outils. Notion d'imprévisibilité. Notion de responsabilité et de culpabilité potentielle pour le médecin. Notion de prise de risque du médecin. Notion d'événement indésirable évitable (connu) et événement indésirable inévitable (inconnu, ne pouvant être prévenu).	Adhésion à la définition. Souligne la rareté probable de la dimension « population » dans la définition.	Définition allant au-delà de la première. Définition posant la question de l'impondérabilité des événements indésirables.	Distinction entre notions « d'erreur médicale » et « d'événement indésirable ». Notion de gravité majeure, plus important que celle d'un événement indésirable. Fréquence très peu élevée des erreurs médicales en Médecine Générale. Notion de retentissement « par ricochet » sur le médecin / de rémanence importante. Erreur de diagnostic et erreur de prise en charge.
N	« Quelque chose qu'on n'a pas envie de voir se produire, et qui nous casse les pieds ». Notion de dangerosité potentielle pour le patient. Remise en cause potentielle du raisonnement médical ou adaptation secondaire de la pratique en rapport. Rupture de la relation médecin malade. Absence de faute systématique dans un événement indésirable.	Définition qui englobe tous les aspects mais qui reste très floue. Adhésion partielle.	Adhésion beaucoup plus nette. Sentiment immédiat d'identification à sa pratique.	Erreur de diagnostic. L'erreur médicale est connotée faute ; faute du médecin. Notion de culpabilité, inhérente à la notion de faute.
O	Erreurs involontaires. Effets secondaires des médicaments. Erreur de diagnostic. Erreur de prescription médicamenteuse. Effets secondaires des examens complémentaires. Absence de culpabilité dans la survenue d'un événement indésirable.	Adhésion du médecin, avec assimilation immédiate à des situations de sa pratique. Trouve la définition très « large ».	Adhésion minimale. Définition plus restrictive que la première. Impossibilité selon le médecin de « je ne veux plus que ça arrive. » Définition de l'erreur médicale.	Notion d'erreur et notion de faute différentes. Notion d'intentionnalité dans la faute, non présente dans l'erreur. Qualificatif d'erreur ne peut être attribué qu'à posteriori. Pas de prévisibilité dans l'erreur, alors que prévisibilité de la faute. Culpabilité possible après la survenue d'une erreur, encore plus dans une faute.

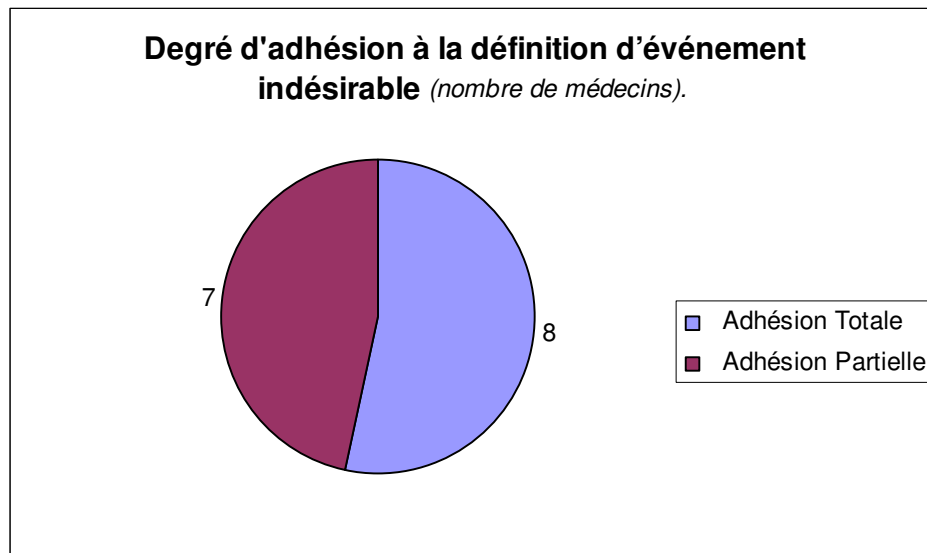
4.2.2. Eléments de définitions pour *événement indésirable* et pour *erreur médicale* – synthèse.

Domaines concernés.	Eléments de définition donnés par les médecins pour « événement indésirable ».	Eléments de définition donnés par les médecins pour « erreur médicale ».
Positionnement des 2 notions l'une par rapport à l'autre.	L'événement indésirable peut être une erreur médicale.	Notion d'erreur médicale contenue dans celle d'événement indésirable. L'erreur médicale peut être un événement indésirable. Notions proches mais distinctes.
Effets pour le Patient.	Conséquences sur la santé du patient. Complications ou évolutions défavorables de situations cliniques. Situations cliniques non maîtrisables. « Ecart entre l'attendu idéal et le résultat ». Nuire, léser ou faire mal au patient. Notion de dangerosité potentielle. Rupture de la relation médecin malade. Notion de gravité moindre qu'une erreur médicale.	Notion de gravité plus importante de l'erreur médicale. Répercussions sur le patient.
Effets pour le Médecin.	Parasite la pratique, l'affect, le jugement. Remise en cause potentielle de son raisonnement et adaptation secondaire de sa pratique en rapport. Mise en évidence éventuelle de défaut de compétences. Notion de culpabilité potentielle. Notion d'événement indésirable pour le médecin. Source de désagréments.	Retentissement « par ricochet » sur le médecin, rémanence importante. Notion de culpabilisation par la Société. Notions de remise en cause de la pratique. Démarches formatives secondaires. Notion de culpabilité potentielle plus importante de l'erreur médicale. Donne lieu à des regrets. Culpabilité inhérente à la notion de faute.
Champ diagnostique.	Erreurs et retards diagnostiques. Résultats indésirables de consultations. Mauvaise interprétation d'un fait. Effets secondaires des examens complémentaires.	Diagnostic non posé (pour des pathologies courantes). Erreurs diagnostiques.
Champ thérapeutique.	Effets indésirables / adverses / iatrogènes / secondaires des médicaments, des traitements ou des interventions médicales. Interactions ou intolérances médicamenteuses Erreurs thérapeutiques. Accidents thérapeutiques.	Erreurs thérapeutiques. Erreurs de prise en charge / Prises en charge inadaptées.
Champ relationnel (relation médecin malade).	Tout événement imprévisible / indésirable concernant la relation Médecin Malade. Conflits avec les patients. Sortie du patient du cadre de la consultation. Demande imprévue du patient. Passage à l'acte du patient. Rupture de la relation médecin malade.	Notion d'erreurs relationnelles. Notion d'erreur de comportements.
Responsabilité.	Absence de faute systématique. Erreur involontaire du médecin. « Événement inattendu mais que le médecin a un peu provoqué » : notion de responsabilité avec lien direct ou indirect de causalité avec le médecin ou ses outils Imputabilité partielle du médecin dans certains cas. Notion de toxicité du médecin.	Notion d'erreur médicale connotée notion de faute. Notion d'imputabilité au médecin. Notion de faute du médecin. Notion d'intentionnalité dans la faute. Notion de responsabilité plus forte du médecin que dans un événement indésirable. Négligence, manque d'écoute ou prise de risque sciemment par le médecin.
Prévention.	Survenue aléatoire (d'un effet indésirable), inhérente à toute activité humaine. Notion de hasard et d'inéluctabilité. Notion d'imprévisibilité et d'impondérabilité. Prévisibilité de certains événements indésirables - évitables (connus) et imprévisibilité d'autres événements indésirables - inévitables (inconnus).	Notion de prévisibilité de l'erreur médicale (caractère évitable de l'erreur médicale). En pratique, inéluctabilité de survenues d'erreurs médicales. Fréquence très peu élevée des erreurs médicales en Médecine Générale.

4.2.3. Réactions des médecins aux définitions d'événement indésirable et d'erreur médicale proposées.

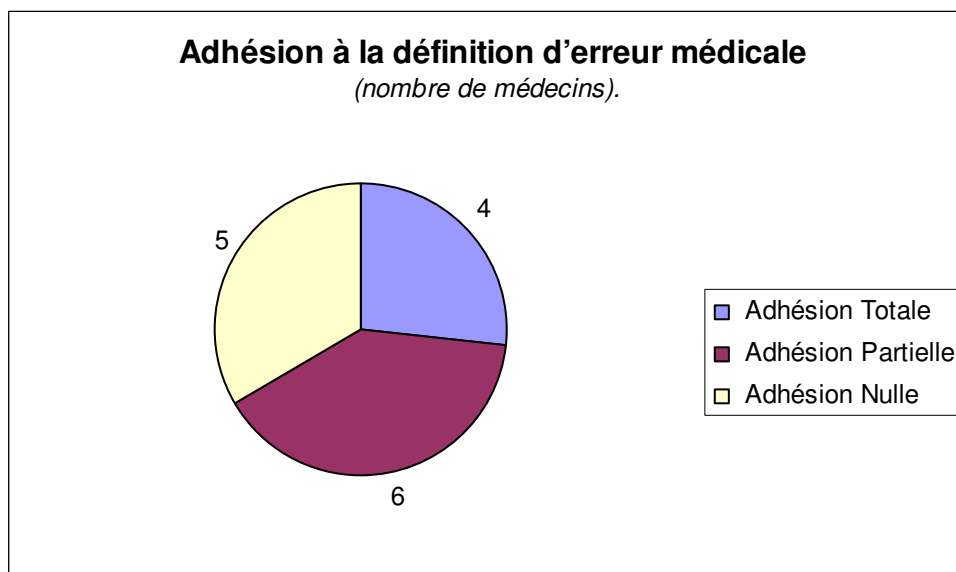
- Degrés d'adhésion aux définitions dans la population interrogée.

✚ Degré d'adhésion des médecins à la définition d'événement indésirable :



7 médecins (soit 47 %) parmi les 15 interrogés ont adhéré totalement à la définition proposée pour événement indésirable.

✚ Degré d'adhésion des médecins à la définition d'erreur médicale :



4 médecins sur 15 (soit 27 %) ont adhéré totalement à la définition proposée, tandis que 5 médecins (soit 33 %) ont rejeté cette dernière.

✚ Synthèse du degré d'adhésion par entretien:

		Définition d' événement indésirable.	Définition d' erreur médicale.
Degré d'adhésion des médecins aux définitions.	Totale.	entretiens A. D. E. H. I. J. M. O. <i>8 médecins</i>	entretiens D. I. M. N. <i>4 médecins</i>
	Partielle.	entretiens B. C. F. G. K. L. N. <i>7 médecins</i>	entretiens B.C. E. F. H. K. <i>6 médecins</i>
	Nulle.		entretiens A. G. J. L. O. <i>5 médecins</i>

- Réactions aux définitions dans la population interrogée.

	Définition d' événement indésirable.	Définition d' erreur médicale.
Réactions recueillies (nombre d'occurrences si réaction rapportée plus d'une fois).	Définition trop floue / trop large x 2. Définition pour le patient x 2. Définition abandonnant les « éléments parasites ». Définition trop impersonnelle n'englobant pas l'aspect relationnel. Définition statique. Définition / dimension manquante, celle du médecin. Définition trop restreinte. Définition ne prenant pas en compte les événements sans conséquence. (<i>near miss</i>). Définition du iatrogène.	Définition concernant l'erreur médicale x 2. Définition pour les médecins x 2. Définition exprimant la démarche du médecin dans la prévention de la survenue d'événements x 2. Impression plus que définition. Définition dynamique (idée de construction de l'Expérience du médecin et de sa réactivité). Définition oubliant le patient. Définition trop centrée sur le médecin. Définition de l'ordre de l'Utopie. Définition trop catégorique, incluant un aspect anticipatoire trop systématique des événements. Définition complémentaire de la première définition. Définition de « l'ordre de la prière » (du médecin). Définition posant la question de l'impondérabilité des événements.

4.3. A PROPOS DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET DES ERREURS MEDICALES EN MEDECINE GENERALE.

4.3.1. Données statistiques globales sur les faits rapportés par les médecins.

🚦 *Nombre de faits rapportés par entretien:*

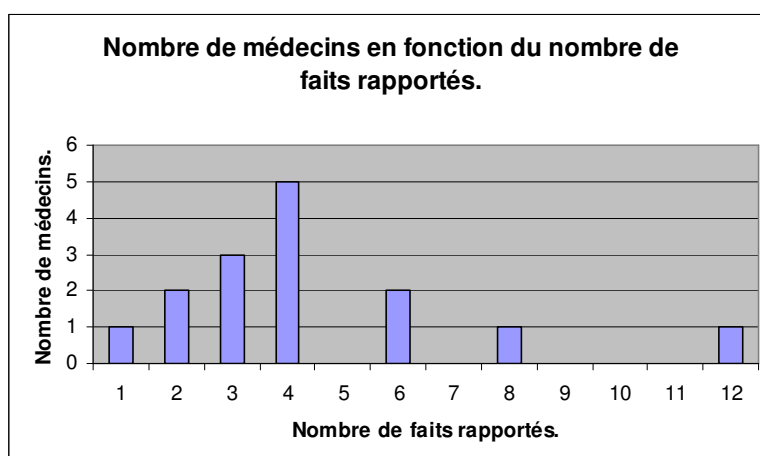
Entretiens.	Nombre de faits vécus exposés.
A	4
B	2
C	4
D	4
E	2
F	4
G	3
H	6
I	3
J	12
K	6
L	1
M	3
N	4
O	8
Total.	66

Au total, **66 faits vécus ont été rapportés** par les médecins.

Le **nombre de faits rapportés par entretien varie de 1 à 12.**

Le **nombre moyen de faits rapportés par médecin est de 4,4** (soit 66 situations pour une population de 15 médecins).

🚦 *Nombre de médecins en fonction du nombre de faits rapportés :*



4.3.2. Analyses individuelles des faits : tableau synthétique.

Entretiens	Situations	Eléments principaux de la situation vécue et rapportée par le médecin lors de l'entretien.	Evénement non attendu et ses conséquences pour le patient.	Ressenti du médecin sur la situation : <i>événement indésirable</i> ou <i>erreur médicale</i> .	Positionnement possible dans la taxonomie de l'erreur médicale (de P.Klotz).	Impact immédiat pour le médecin ou pour sa pratique selon le médecin.	Impact ultérieur pour le médecin et pour sa pratique, en rapport avec l'événement selon le médecin.
A	1	Patiente âgée, veuve, suivie par le médecin, atteinte par une maladie d'Alzheimer. Famille éloignée, inconnue du médecin. Voisins s'occupant d'elle, interlocuteurs privilégiés du médecin dans le soin.	Absence de mise sous tutelle. Patiente dépossédée d'une partie de ses biens par ces voisins.	Erreur médicale.	Erreur Cognitive, de raisonnement, dans la décision. Erreur d'Attitude, éthique.	Reproches par la famille de la patiente. Culpabilité.	Démarche formative sur ces aspects juridiques. En cas de situation similaire (patients déments) : - Recherche systématique d'un entourage familial, même éloigné. - Questionnement systématique sur l'opportunité d'une tutelle ou d'une curatelle.
A	2	Patient infirmier. Traité par PYOSTACINE® pour une infection X.	Réaction allergique importante suite à la prise d'un seul comprimé. Recours aux Urgences.	Evénement indésirable.		Etonnement.	Aucune selon le médecin.
A	3	Patiente âgée, suivie par le médecin. Traitement par FELDENE®.	Réaction allergique grave, de type syndrome de Lyell.	Evénement indésirable.		Arrêt de prescription du FELDENE®.	Eviction du FELDENE®. Réalisation systématique de clairance rénale chez les patients âgés post traitement par AINS. Démarche formative personnelle sur la pharmacologie des AINS.

A	4	Femme jeune, consultant pour des crises douloureuses abdominales. Etiologie gastrique, (ulcéreuse) suspectée par le médecin. Traitement anti ulcéreux mis en place.	En fait, cholécystite (étiologie vésiculaire et non gastrique). Prise en charge chirurgicale.	Evénement indésirable.	Erreur cognitive, diagnostique, de mémorisation (alléguée par médecin) Erreur cognitive, de raisonnement, stade pré-test.	Sentiment de défaut de connaissances, par déficit de mémorisation lors de sa formation initiale.	Recours plus systématique et plus rapide à l'exploration paraclinique en cas de tableau douloureux abdominal (réalisation d'une échographie).
B	5	Patiente migraineuse, suivie par le médecin depuis plusieurs années. Vient pour une crise migraineuse intense, rappel au médecin de l'efficacité - quasi « miraculeuse » - d'une injection qu'il avait effectuée auparavant (VISCERALGINE®)	Le médecin pratique l'injection de VISCERALGINE®. Réaction allergique grave, type choc anaphylactique au cabinet du médecin. Patiente sauvée par la prise en charge adaptée du médecin en urgence.	Evénement indésirable.		Eviction de la VISCERALGINE® de sa pharmacopée. Stress immédiat important au cabinet. Mention d'une allergie à la VISCERALGINE® sur le dossier de la patiente.	Eviction définitive de la VISCERALGINE® de sa pharmacopée. Diminution du recours aux médicaments injectables. Changement dans sa prise en charge de la crise migraineuse (plus d'injection).
B	6	Femme de 45 ans, sans aucun antécédent, sportive, non fumeuse. Consultant le médecin pour une douleur thoracique, apparue un matin, typique d'un IDM. IDM écarté par le médecin dans le contexte (absence de FRCV).	Persistance de la douleur, diagnostic d'IDM sur ECG, 4 heures plus tard par le même médecin. Mutation via SAMU, insuffisance cardiaque résiduelle importante, patiente plus suivie par le médecin.	Erreur médicale.	Erreur cognitive, de raisonnement, stade de la décision (défaut de réalisation d'un ECG / hospitalisation).	Stress intense.	Sentiment de devoir faire davantage confiance à son impression clinique. Recours sans hésiter au SAMU en cas de doute d'une pathologie cardiaque.

C	7	Patient éthylique et tabagique, suivi par le médecin, présentant une altération de l'état général, allant crescendo, dans un contexte dépressif. Plaintes abdominales mineures, examen clinique non informatif. Découverte d'un cancer du rein évolué suite à des examens paracliniques (scanner abdominal).	Le patient a eu 2 ans auparavant une échographie abdominale qui montrait déjà une lésion rénale (résultat retrouvé par le médecin, après investigation.) Demande d'examen non connue du médecin à cette époque (demandée par sa remplaçante, médecin absent plusieurs mois pour raison de santé) Patient actuellement en soins palliatifs, toujours suivi par le médecin.	Erreur médicale.	Erreur cognitive, de raisonnement, dans le recueil de l'information. Erreur d'attitude du médecin, dans la coordination des soins.	Sentiment de culpabilité importante. Questionnement sur sa responsabilité. Besoin de se confier à un tiers (sa stagiaire, son épouse).	Vigilance accrue dans le suivi d'un dossier. Anxiété sur un recours médico-légal éventuel. Recours plus facile aux explorations paracliniques avec aspect de « Médecine défensive ».
C	8	Adolescente de 15 ans, amenée par sa mère pour difficultés à se lever le matin, de la maladresse et des « étourderies ». Examen neurologique strictement normal. Le médecin propose à la mère la réalisation d'une TDM si persistance des troubles après les congés hivernaux, pour éliminer une cause organique.	L'adolescente est victime d'un accident vasculaire cérébral pendant les vacances. Le scanner révèle un angiome du cervelet, non opérable selon le neurochirurgien. Séquelles cérébrales majeures, enfant déscolarisée. Famille ne consultant plus le médecin, ayant réclamé leurs dossiers.	Erreur médicale.	Erreur cognitive, dans la décision et dans l'exécution de cette dernière (délai).	Sentiment de culpabilité. Besoin de se confier à un tiers (sa stagiaire).	Sentiment de devoir être plus méfiant, plus attentif. Anxiété. Recours plus facile aux explorations paracliniques. Pratique de la « Médecine défensive ».

C	9	Patient suivi par le médecin, atteint d'HTA et d'une insuffisance cardiaque importante. Un bilan de sécurité social, objective également un hémocult discrètement positif. Patient adressé au cardiologue dans un premier temps du fait son état cardiaque très précaire.	Le patient réalise une coloscopie 4 mois après, qui objective un cancer du colon. Le patient reproche au médecin de ne pas avoir fait la coloscopie plus rapidement. Patient ne consultant plus le médecin.	Evénement indésirable		Sentiment d'être démuni face aux accusations du patient : prise en charge expliquée au patient, mais non notifiée par écrit dans son dossier. Reproches du patient au médecin sur sa prise en charge.	Plus de rigueur avec : - Courrier systématique au patient en cas d'hémocult positif. - Hémocult plus systématique dans ses bilans de dépistage. - Conservation systématique d'une trace écrite dans le dossier.
C	10	Patient suivi par le médecin, consultant ce dernier pour un motif X.	Le patient reproche au médecin d'avoir été trop rapide, trop dérangé (au téléphone) lors de la précédente consultation.	Evénement indésirable	Erreur d'attitude du médecin avec un facteur circonstanciel.	Questionnement sur sa responsabilité. Reproches du patient.	Veiller à accorder plus de temps à la parole. Veiller à maintenir un temps de consultation suffisant.
D	11	Patient, connu du médecin en dehors du cabinet (pratique sportive régulière) consultant pour état dépressif. Antécédent de dépression, avec hospitalisation. Le médecin évalue l'état du patient moins alarmant que lors du premier épisode.	Le médecin n'hospitalise pas le patient, et traite en ambulatoire. Le médecin apprend le suicide de son patient quelques jours après la consultation, par la femme de ce dernier. Décès du patient.	Erreur médicale.	Erreur cognitive, dans la prise de décision (appréciation du risque).	Sentiment majeur de culpabilité. Sentiment d'échec Sentiment d'erreur. Besoin de se confier à un tiers (la femme du patient).	Dans les situations de malades consultant pour un état dépressif : - Recours plus systématique à l'hospitalisation. - Anxiété en cas de traitement ambulatoire (« prise de risque »).

D	1 2	Adolescent, opposant, amené par sa famille, connu du médecin, pour état dépressif sévère. Contexte de rupture sentimentale et de chômage. Patient alléguant des idées suicidaires, sorti sur décharge parentale de l'hôpital psychiatrique.	Patient hospitalisé en clinique psychiatrique après négociation avec le médecin. Le patient sort à nouveau sur décharge, et veut être avec sa famille. Le psychiatre sollicite le médecin pour une HDT ; refus de ce dernier.	Événement indésirable.		Sentiment de prise de risque avec peur du médico-légal éventuel. Anxiété (par analogie avec une autre histoire, conclue par le suicide du patient).	Dans les situations de malades consultant pour état dépressif : - Anxiété en cas de prise en charge ambulatoire.
D	1 3	Patient suivi par le médecin, plusieurs années en arrière. Patient difficile, en dehors de toute démarche de soin. Consultations itératives, pas d'entourage connu.	Suicide du patient par arme à feu. Décès du patient.	Événement indésirable.		Aucune selon le médecin.	Aucune selon le médecin.
D	1 4	Patiente consultant le médecin, pour de multiples plaintes. Antécédent de crises d'angoisse. Difficulté du médecin à établir un diagnostic précis ; crise d'angoisse plutôt envisagée à l'issue de la consultation.	La patiente présentait une embolie pulmonaire. Existence à posteriori de signes d'EP (patiente subfébrile et tachycarde). Embolie restreinte, sans séquelle lourde.	Événement indésirable.	Erreur cognitive, dans le raisonnement (recueil de l'information, hypothèses diagnostiques) Erreur éthique (diagnostic porté à priori).	Sentiment de culpabilité. Démarche formative personnelle sur l'embolie pulmonaire (rappels sémiologiques).	Volonté de maintien d'une vigilance accrue lors d'une consultation. Volonté de ne pas « catégoriser » un patient à priori. Démarche formative régulière.

E	1 5	Patient sportif, sans antécédent, consultant le médecin pour des remontées acides survenant à l'effort (patient sportif, faisant du vélo). L'examen clinique est normal, au plan paraclinique une gastroscopie, objective un reflux gastro-oesophagien. Un traitement anti reflux est mis en place et permet d'améliorer les symptômes.	Le patient fait quelques temps après un IDM. Patient ayant subi un triple pontage, avec une récupération partielle de sa fonction cardiaque. Patient toujours suivi par le médecin.	Erreur médicale.	Erreur cognitive, de raisonnement, dans la formulation des hypothèses Erreur cognitive, diagnostique, de mémorisation tertiaire (faits concernant la personne).	Sentiment d'erreur diagnostique (les plaintes du patient – attribuées à un reflux – étaient déjà dues à sa pathologie cardiaque).	Sensibilisé sur la notion de symptôme survenant à l'effort.
E	1 6	Patient de 38 ans, sans antécédent, consultant le médecin pour une gêne au niveau de la gorge. L'examen clinique n'objectivant rien, des examens paracliniques sont réalisés. Ils sont normaux (notamment au plan ORL). Le patient consulte à nouveau le médecin, et allègue la survenue à l'effort de cette sensation de gêne.	Le médecin adresse le malade à un cardiologue pour avis. Angoisse du patient, dans l'attente de son épreuve d'effort. Explications au patient sur la nécessité d'éliminer une pathologie cardiaque.	Evénement indésirable.		Lien immédiat avec un autre cas de sa pratique (cf. supra). Peur de passer à côté du bon diagnostic avec anxiété.	Recours plus systématique à l'avis cardiologique dans un contexte de « symptôme à l'effort ».

F	1 7	Patiente de 35 ans, en surpoids, sans problème de santé. Consultant pour des difficultés à se relever de la position accroupie. Examen clinique sans particularité. La patiente est adressée au neurologue pour avis sur ce trouble moteur.	Le neurologue pose le diagnostic de Maladie de Basedow évoluée (étiologie endocrinienne du symptôme). Traitement adéquat, une fois le bon diagnostic posé. Toujours suivie par le médecin, relation de confiance maintenue.	Erreur médicale.	Erreur cognitive, du raisonnement dans l'interprétation des symptômes. Erreur cognitive, de mémorisation dans la restitution des faits	Sentiment de n'avoir pas assez écouté et examiné la patiente, en ne voyant pas l'apparition des symptômes dans le temps. Remise en cause de sa façon de pratiquer.	Veiller au maintien d'un temps de consultation de 20 minutes au minimum. Tenter de conserver une constance dans l'écoute du patient et à réaliser un examen clinique minutieux et assez systématique.
F	1 8	Patiente âgée, suivie par le médecin et par un cardiologue. Porteuse d'une insuffisance cardiaque, patiente bien équilibrée sous traitement par IEC avec un épisode de décompensation cardiaque sévère plusieurs années en arrière, après traitement par un bêtabloquant, depuis contre indiqué. Changement du traitement par ajout d'un bêtabloquant – initié un jour par la remplaçante du cardiologue, nouvellement retraité.	La patiente fait rapidement une décompensation cardiaque sévère, nécessitant une consultation en urgence avec au final, appel du SMUR. Patiente hospitalisée. Bonne évolution, patiente toujours suivie par le médecin.	Evénement indésirable.	Eventuellement, erreur d'attitude du spécialiste, dans la coordination des soins Erreur cognitive, du spécialiste dans la décision (appréciation du rapport bénéfice – risque).	Colère initiale vis-à-vis de la prise en charge de la spécialiste (2 cas similaires avec la même cardiologue en peu de temps).	Prudence vis-à-vis de l'avis spécialisé, y compris dans le choix de l'intervenant.

F	19	Jeune adolescent, suivi par le médecin, envoyé par sa mère pour réalisation d'une vaccination par le BCG.	Le médecin réalise une cuti au lieu du BCG ; acte sans conséquence pour le patient. Explications et excuses à la mère de l'enfant. Famille toujours suivie.	Erreur médicale.	Erreur cognitive, de raisonnement. (logique de la prise en charge).	Stress. Culpabilité, de s'être trompé. Besoin de communiquer et de s'expliquer avec la famille.	Démarche d'explication avec le patient / personnes impliquées quand survenue d'un événement indésirable ou d'une erreur.
F	20	Jeune fille, suivie par le médecin. Pas d'antécédent particulier. Consultations itératives, pour des motifs bénins (type renouvellement de pilule, syndrome grippal), sans plainte particulière.	Décès de la patiente d'une tumeur cérébrale. Dépôt d'une plainte contre le médecin par la mère. Le médecin ne trouve trace dans son dossier d'aucune consultation en rapport avec des céphalées, des vertiges ou des vomissements. Famille plus suivie par le médecin.	Evénement indésirable.		Stress par rapport à la procédure juridique et juridictionnelle engagée.	Crainte sur les aspects médico-légaux éventuels. Amélioration de la tenue du dossier avec trace systématique de chaque consultation et notification de toutes les plaintes du patient. Maintien d'un cadre dans la consultation, pour éviter la multiplication des motifs.
G	21	Enfant vue en visite pour des douleurs abdominales. A l'examen, tableau de rhinopharyngite avec otite bilatérale. Le médecin met en place un traitement et les parents s'engagent à surveiller l'enfant et à la ramener en cas d'évolution défavorable.	Les parents ne ramènent pas l'enfant malgré l'aggravation du tableau. L'enfant est hospitalisée pour une appendicite compliquée d'une péritonite. Bonne évolution secondaire. Famille toujours suivie par le médecin.	Erreur médicale.	Erreur d'attitude, facteur lié au patient / à sa famille Erreur cognitive, dans la décision (appréciation du protocole de surveillance).	Culpabilité. Sentiment d'avoir commis une erreur de prise en charge, en n'assurant pas une surveillance adéquate. Visite de l'enfant à l'hôpital.	Méfiance accrue dans le cadre de la surveillance d'un patient par ses proches. Convocation systématique à 48 heures d'évolution dans les cas de douleurs abdominales.

G	2 2	Femme de 44 ans consultant le médecin pour changement de son stérilet. La patiente décrit fortuitement au médecin lors de la consultation des « règles un peu inhabituelles ». Le médecin procède au changement du stérilet de la patiente.	La patiente était enceinte. La patiente a eu recours à une IVG, dans un pays frontalier. Patiente n'ayant plus consulté ce médecin quelques temps après.	Erreur médicale.	Erreur cognitive, dans l'exécution de la décision, par défaut (réalisation de bêtaHCG).	Culpabilité. Besoin de s'excuser. Peur de l'aspect médico-légal, demande de conseil à un confrère.	Réalisation plus systématique d'un dosage des bêtaHCG chez une femme en âge de procréer décrivant des troubles menstruels.
G	2 3	Patiente de 20 ans, sans antécédent particulier, venue consulter pour faire renouveler son traitement contraceptif (pilule).	Le médecin apprend le décès par embolie pulmonaire de la patiente quelques temps après.	Evénement indésirable.		Tristesse avec sentiment de fatalité.	Méfiance en cas de symptomatologie respiratoire chez une jeune fille – par réminiscence de cette histoire.
H	2 4	Patient, suivi par le médecin, vu au domicile pour un tableau de sigmoïdite (ATCD du patient). Le médecin demande à la femme de ce patient – infirmière de son état – de le rappeler pour le tenir au courant de l'évolution. Mise en place d'un traitement ambulatoire devant un état général satisfaisant du patient.	Le médecin n'est pas contacté par la femme du patient. Le patient fait une péritonite. N'a plus revu ensuite ni le patient, ni sa femme.	Evénement indésirable.	Erreur cognitive, de la décision, dans la mise en place d'une surveillance. Erreur d'attitude, circonstancielle, liée au patient / sa famille.	Culpabilité. Regret de n'avoir pas rappelé lui-même. Sentiment du médecin de manquer de performance en faisant trop de choses en plus de son cabinet (début d'exercice avec des gardes à l'hôpital).	En cas de non respect de sa consigne de rappel téléphonique pour le tenir au courant de l'évolution, le médecin rappelle systématiquement. Arrêt de certaines activités professionnelles en dehors du cabinet (gardes hospitalières).

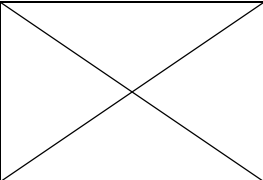
H	2 5	Patiente lycéenne, suivie par le médecin, pendant une année environ. Epreuves du baccalauréat à la fin de l'année. Suivi régulier.	Le médecin reçoit une lettre de l'Ordre des Médecins, qui lui demande de justifier ses prescriptions, suite à une plainte déposée par la mère la patiente. N'a jamais rencontré la mère et revu seulement une fois la patiente.	Evénement indésirable.		Incompréhension devant la plainte. Colère. Réponse détaillée, à la lettre de l'Ordre, avec double des consultations et des courriers à l'appui.	Poursuite et renforcement dans sa démarche de conserver un double des courriers faits, de traces des consultations, etc. Utilisation majorée de l'outil informatique, pour avoir une trace systématique. Pression du médico-légal.
H	2 6	Patient, suivi par le médecin, consultant pour renouvellement de son traitement par statines.	Le patient signale au médecin des crampes et de douleurs musculaires concomitantes à du BIRODOGYL®, prescrit par un tiers.	Evénement indésirable.		Vérification de la connaissance de l'existence de cet effet secondaire. Démarche de signalement à la pharmacovigilance.	Prudence accrue dans la prescription de médicaments. Evaluation de l'aspect bénéfice / risque d'un médicament encore plus systématique.
H	2 7	Prescription à un patient présentant un syndrome parkinsonien, d'un traitement par TRIVASTAL®. Amélioration du tremblement sous traitement.	Apparition de troubles digestifs chez le patient. Arrêt du TRIVASTAL®, reprise du tremblement mais disparition des symptômes digestifs. Nouvel essai, à dose progressive, réapparition des symptômes digestifs.	Evénement indésirable.		Arrêt définitif du traitement par TRIVASTAL® chez ce patient.	Réticence majeure à la prescription de médicaments de la classe des hydropiridines. Prudence accrue dans la prescription de médicaments. Evaluation de l'aspect bénéfice / risque encore plus systématique.

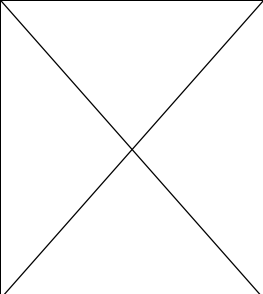
H	28	Patiente âgée, suivie par le médecin. Réalisation d'une gastroscopie pour un motif X. Nécessité d'un contrôle à distance pour raison Y selon le spécialiste. La patiente campe sur son refus de faire une nouvelle gastroscopie.	Le médecin se fâche. La patiente ne souhaite plus voir le médecin. La patiente (85 ans) revient il y a un an (après 10 années) revoir le médecin.	Erreur médicale.	Erreur d'attitude, propre au médecin, fortuite avec facteur lié au patient.	Colère. Incompréhension de la position de la patiente.	Approche plus diplomatique sinon consensuelle dans la relation médecin malade. Volonté de laisser les patients décider de leur prise en charge, dans une certaine mesure.
H	29	Femme consultant le médecin pour un mal de gorge. Le médecin procède à un examen clinique standard de la patiente.	Dénigrement du médecin par la patiente, « voyeur » selon cette dernière. La patiente ne revient plus par la suite. Le médecin a connaissance de l'histoire par des tiers.	Evénement indésirable.		Stupéfaction. Colère vis-à-vis du dénigrement.	Aucune.
I	30	Dans la patientèle du médecin, réalisation d'hémocults dans le cadre du dépistage de cancers colorectaux, lors de bilans systématiques. La découverte d'un hémocult positif entraîne la réalisation systématique d'une coloscopie.	Un seul patient diffère la coloscopie pour des raisons personnelles. Quelques temps après, on diagnostique un cancer du colon chez ce patient. Patient opéré, encore suivi par le médecin.	Evénement indésirable.	Erreur d'attitude liée au patient.	Sentiment de fatalité.	Argument supplémentaire pour expliquer à ses patients l'intérêt du dépistage et de la coloscopie.

I	3 1	Patient suivi par le médecin, opéré un an auparavant d'une tumeur du rectum. Le médecin voit en visite le patient pour des douleurs abdominales avec diarrhées, sans AEG. Il envisage une occlusion et appelle le spécialiste pour avis. Surveillance au domicile, car patient hospitalisé 48h après.	Le patient fait une rupture diastasique du colon le lendemain, avec choc septique. Patient hospitalisé en urgence, bonne évolution, reprise chirurgicale secondaire d'une récive. Patient toujours suivi par le médecin, pas d'altération de la relation médecin malade.	Erreur médicale.	Erreur cognitive, dans l'exécution de la décision, par défaut ou de délai de nouvelle hospitalisation.	Culpabilité. Besoin d'aller voir son patient à l'hôpital, besoin de reconnaître son erreur auprès du patient et de s'excuser. A reçu la famille du patient pour s'expliquer avec elle.	Démarche renforcée d'explication avec le patient / personnes impliquées quand survenue d'un événement indésirable ou d'une erreur. Démarche d'explication avec un confrère en cas de participation / implication dans la survenue de l'événement.
I	3 2	Patiente âgée de 82 ans, suivie par le médecin. ATCD d'angor, au cabinet ayant entraîné son hospitalisation via le SAMU. Lors de visite au domicile, constatation de passage en AC/FA rapide. Indication de traitement anticoagulant – posée par le cardiologue.	Prescription d'AVK à dose progressive avec INR réguliers, au domicile. Lors de l'adaptation du traitement, montée rapide de l'INR avec survenue d'un hématome de la paroi abdominale et anémie à 9 grammes mal tolérée. Patiente hospitalisée, bonne évolution. Famille plus suivie.	Événement indésirable.		Médecin stressé, sans sentiment de culpabilité. Besoin d'aller voir sa patiente à l'hôpital. Explication à la famille, qui lui reprochait sa prise en charge en ambulatoire.	Prudence accrue avec les traitements par anti vitamines K.
J	3 3	Patiente suivie par le médecin, venant en consultation pour un motif X.	Le médecin demande des nouvelles de la mère - décédée...	Événement indésirable.	Erreur d'attitude, liée au médecin, avec facteur circonstanciel.	Médecin contrarié sur le moment.	Aucune.

J	3 4	Patiente de 58 ans, suivie par le médecin, consultant pour des douleurs atypiques des épaules et des cervicales. L'examen est peu informatif, le médecin demande à la patiente de surveiller l'évolution.	Le médecin revoit la patiente à 48 heures, et réalise un ECG. Diagnostic d'infarctus du myocarde. Patiente ne voyant plus le médecin du fait de cet épisode, mais après un intervalle de plusieurs mois.	Erreur médicale.	Erreur cognitive, dans le raisonnement, dans la formulation des hypothèses diagnostiques.	Culpabilité. Démarche d'explication avec la patiente, et de reconnaissance de l'erreur diagnostique.	Méfiance accrue en cas de tableau similaire, et réalisation d'un ECG plus rapidement, plus systématiquement. Renforcement de la démarche d'explication avec les patients, et de reconnaissance de l'erreur diagnostique le cas échéant.
J	3 5	Patient venant voir le médecin pour réalisation d'une infiltration intra articulaire.	Le médecin pique le tendon en réalisant l'infiltration.	Evénement indésirable.	Erreur sensori-motrice, par des difficultés propres à l'acte.	Médecin contrarié initialement.	Stress lors de la réalisation ultérieure d'une autre infiltration.
J	3 6	Patiente suivie par le médecin, venant le consulter pour un motif X. Patiente peu loquace, semblant déprimée. Le médecin met en route un traitement (antidépresseur).	La patiente se suicide le lendemain.	Evénement indésirable.	Erreur cognitive, dans la décision, dans l'appréciation d'une situation.	Culpabilité. Sentiment initial d'avoir peut être commis une erreur.	Stress résiduel. Prudence dans la gestion de situations analogues.
J	3 7	Patiente suivie par le médecin, pour un syndrome dépressif majeur. Dégradation importante de son état psychique, qui motive le recours à l'avis d'un psychiatre.	Le psychiatre rassure le médecin, lui adresse un courrier où il écrit que l'attachement que témoigne la malade au médecin permettra le soin et la guérison. La patiente se suicide.	Evénement indésirable.	Erreur cognitive dans l'appréciation des faits et la prise de décision du psychiatre.	Culpabilité initiale importante. Sentiment initial d'avoir peut être commis une erreur.	Prudence dans la gestion de situations analogues. Evaluation clinique des patients suicidaires plus attentive.

J	38	Patient suivi par le médecin, consultant pour un motif X. Prescription de CLAMOXYL® à l'issue de la consultation.	Le patient fait une épidermolyse des deux mains secondaire à la prise d'une gélule de cet antibiotique. Le patient, toujours suivi par le médecin, évoque a posteriori la notion de vésicules sur les mains après prise de certains médicaments.	Événement indésirable.	Erreur cognitive, dans le recueil des informations avant prise de décision.	Stupeur initiale du médecin.	Prudence accrue lors de la prescription d'un traitement antibiotique, interrogatoire à la recherche de contre-indications.
J	39	Patient, ayant des antécédents psychiatriques, suivi par le médecin. Le médecin doit un jour avoir recours à l'internement du patient par une HDT.	Le médecin est convoqué par le juge d'instruction suite à une plainte déposée par le patient. Le patient refuse l'expertise psychiatrique demandée par le juge. Plus de nouvelles par la suite du patient ; plainte classée sans suite.	Événement indésirable.		Situation difficile à vivre. Remise en cause dans sa pratique. Stress.	Souvenir pénible de l'aspect médico-légal (rencontre avec le juge). Démarche d'explication avec le patient chaque fois que possible.
J	40	Patient âgé, suivi par le médecin ; patient d'origine portugaise. Barrière de la langue importante. Plaintes abdominales multiples, les nombreux examens cliniques et paracliniques entrepris sont normaux.	Devant des examens normaux, mise en place traitement antidépresseur. Le patient décède quelques mois plus tard d'un cancer du pancréas. Sa famille menace le médecin d'une poursuite judiciaire pour erreur médicale.	Événement indésirable.	Erreur cognitive, dans la formulation des hypothèses diagnostiques.	Colère du médecin. Reproches de la famille du patient. Explications avec la famille du patient. Le médecin conseille à la famille de s'adresser d'abord au Conseil de l'Ordre.	Démarche systématique d'explication avec le patient ou sa famille en cas de reproches.

J	4 1	Patiente âgée, suivie par le médecin, sous traitement par AVK.	Décès de la patiente par surdosage en AVK, probablement dans un contexte de prise inadaptée.	Evénement indésirable.		A voulu recevoir la famille pour des explications et répondre à leurs questions.	Démarche de recevoir la famille d'un patient après la survenue d'un événement indésirable.
J	4 2	Patient suivi par le médecin. Le patient subit une intervention chirurgicale (colectomie). Complication chirurgicale à type de désunion colique. Le patient décède dans les jours suivants.	Le chirurgien refuse de recevoir la famille, et attribue la survenue de la complication à une pince à suture défectueuse. Le médecin contacte le chirurgien : il n'adressera de patients au chirurgien que s'il reçoit la famille de son patient. Le chirurgien reçoit la famille.	Evénement indésirable.	Erreur médicale, de type sensori-motrice par matériel inadapté Erreur d'attitude, éthique, et de réaction face à l'erreur.	Colère vis-à-vis du chirurgien.	Démarche de recevoir la famille d'un patient après la survenue d'un événement indésirable. Démarche d'explication avec un confrère en cas de participation / implication dans la survenue de l'événement.
J	4 3	Patiente suivie par le médecin, alléguant une douleur thoracique, à l'effort. Patiente adressée à un cardiologue qui pose le diagnostic d'insuffisance coronarienne ; la patiente subit 2 poses de stents à 6 mois d'intervalle. Les douleurs persistent, la patiente demande un autre avis ; le médecin y consent.	Le second cardiologue pose le diagnostic d'insuffisance coronarienne, et de RA symptomatique. La patiente doit être opérée ; la patiente reproche au médecin généraliste le vécu difficile de la situation. Patiente toujours suivie par le médecin.	Evénement indésirable.	Erreur cognitive, dans le raisonnement et la formulation des hypothèses.	Culpabilité, face à la patiente, visiblement éprouvée par la situation.	Prudence dans le conseil donné au patient, en cas d'opération / d'acte thérapeutique ... par rapport aux résultats à attendre.

J	4 4	Patient de 89 ans, suivi par le médecin depuis une vingtaine d'années. Chirurgie pour une hernie discale exclue, 16 ans auparavant, compliquée d'une fibrose - invalidante.	Le patient reproche longtemps au médecin une faute dans la prise en charge. Le patient continue de venir consulter le médecin malgré tout.	Événement indésirable.		Colère initiale par les « reproches perpétuels » du patient.	Sentiment de devoir recevoir la plainte des patients, même injustifiée.
K	4 5	Patient suivi par le médecin. Lors de la consultation, appel téléphonique de l'hôpital où un autre patient du médecin est hospitalisé - demande de renseignements. Le médecin répond aux questions devant le patient.	A l'issue de la conversation téléphonique, le patient parle au médecin de la discussion qu'elle a eue au téléphone et de l'autre patient. Pas de reproche de la part du patient.	Événement indésirable.	Erreur d'attitude avec facteur circonstanciel.	Stress avec perte du fil de la consultation - médecin perturbé par l'attitude du patient.	Renforcement dans la démarche de faire systématiquement sortir les patients afin de ne pas s'entretenir devant eux au téléphone d'autres patients.
K	4 6	Le médecin consulte un patient au cabinet. On frappe à la porte du bureau d'examen ; une autre patiente désire s'entretenir immédiatement avec le médecin. Le médecin refuse et demande à la patiente de revenir plus tard, n'ayant pas la possibilité de s'entretenir avec elle à ce moment là.	La patiente rétorque qu'elle voulait juste lui demander un renseignement... part fâchée et ne revient pas. Patient plus jamais revue par le médecin par la suite.	Événement indésirable.	Erreur d'attitude, dans la relation médecin malade, avec facteur circonstanciel.	Expression de son désagrément par le médecin avec un ton un peu vif dans sa réponse à la patiente.	Persistance d'un agacement vis-à-vis de la réaction de la patiente, pour laquelle le médecin s'était beaucoup investi. Questionnement sur la façon de répondre aux patients. Veiller au maintien d'un cadre dans une consultation.

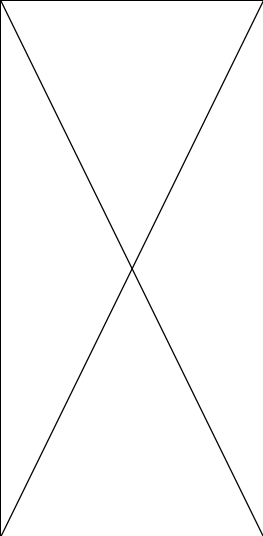
K	4 7	Le médecin effectue un vaccin à un patient.	Le médecin se rend compte à la fin de l'injection qu'il a seulement injecté le soluté au patient.	Erreur médicale.	Erreur sensori-motrice +/- circonstancielle.	Sentiment d'échec (défaut par rapport à ses propres exigences).	Attention accrue lors des vaccinations, à bien reconstituer le mélange avant injection.
K	4 8	Le médecin doit partir en visite en urgence chez un patient.	Arrivée au pied de l'immeuble, impossibilité de rentrer dans l'immeuble car le patient ne lui a pas donné le code.	Événement indésirable.	Erreur d'attitude du médecin, avec facteur circonstanciel.	Stress.	Attention systématique lors de la prise des adresses, des codes, du numéro de téléphone etc. avant une visite.
K	4 9	Le médecin part en visite en voiture auprès d'un patient. Le patient suivant n'étant pas très bien, elle décide d'aller le voir rapidement.	En sortant du cabinet, le médecin fait tomber ses clefs dans une bouche d'égout. Appel à son époux pour récupérer un double des clefs	Événement indésirable.	Erreur d'attitude du médecin, avec facteur circonstanciel lié aux conditions d'équipement.	Sentiment de « Fatalité ».	Attention systématique lors de la prise des adresses, des codes, du numéro de téléphone etc. avant une visite.
K	5 0	Patiente suivie par le médecin, sans antécédent particulier. La jeune femme vient consulter pour son suivi gynécologique.	La patiente semble triste et fatiguée. Elle a perdu 10 kilos. Le médecin diffère la consultation pour suivi gynécologique, pour aborder la perte de poids et la tristesse. Un traitement antidépresseur est mis en route à l'issue de la consultation.	Événement indésirable.		Sentiment de devoir différer le motif de consultation initial à plus tard.	Savoir différer des motifs de consultations à plus tard, si trop nombreux, en fonction de leur gravité relative / maintien d'un cadre.
L	5 1	Patiente suivie par le médecin. Vient un jour en consultation...	Dénigrement du médecin qui n'a pas répondu aux avances de la patiente. Patiente plus jamais revue par la suite.	Événement. (le médecin n'attribue pas de caractère indésirable ou autre).		Aucune selon le médecin.	Aucune modification alléguée.

M	5 2	Patient suivi par le médecin, dépressif connu, en cours de traitement. Le patient vient voir le médecin, et lui confie sa « peur de commettre une bêtise ». Le médecin prévoit une nouvelle visite dans une semaine.	Le patient se suicide quelques jours plus tard.	Erreur médicale.	Erreur cognitive, dans la décision, dans l'évaluation de la prise en charge / défaut de décision (hospitalisation).	Contrariété. Sentiment rétrospectif qu'il aurait du faire autrement, avec culpabilité. Interrogation sur le rôle éventuel « d'élément parasite » de la présence d'un résident en stage.	Rémanence émotionnelle à l'évocation du cas ; sentiment d'avoir une part de responsabilité. Méfiance accrue dans l'évaluation clinique d'un patient suicidaire.
M	5 3	Deux jeunes patientes, adolescentes, suivies par le médecin, sans lien entre elles. Le médecin constate une surcharge pondérale dans les deux cas. Démarche de prise en charge, expliquée aux deux patientes.	Les patientes basculent dans l'anorexie mentale quelques mois plus tard.	Evénements indésirables.	Erreurs d'attitudes, liées aux patientes, facteur circonstanciel dans la relation médecin malade.	Sentiment de responsabilité potentielle dans la survenue des troubles du comportement alimentaire (paroles malheureuses).	Changement dans la pratique : changement dans l'abord des problèmes de surpoids avec les adolescents surtout.
M	5 4	Patiente suivie par le médecin, sans antécédent particulier. Traitement pour des verrues plantaires. Persistance des verrues à 3 mois puis à 6 mois, avec majoration de la symptomatologie. Le médecin adresse finalement la patiente à un dermatologue.	Un dermatologue réalise une biopsie et fait le diagnostic de mélanome achromique Prise en charge de la patiente, bonne évolution par la suite malgré le retard dans le diagnostic.	Erreur médicale.	Erreur cognitive, de mémorisation primaire ou secondaire.	Sentiment d'échec. Culpabilité. Sentiment d'un manque de compétences dans le domaine de la dermatologie.	Démarche formative secondaire en dermatologie. Recours plus systématique à l'avis spécialisé en cas d'atypie dans un tableau dermatologique.

N	5 5	Patiente de 70 ans, suivie par le médecin et par un rhumatologue, prescription régulière d'AINS (dont coxib) pour arthrose évoluée. La patiente vient pour des douleurs et lui demande des AINS (le rhumatologue lui a retiré son coxib). Prescription de BIPROFENID®.	La patiente a fait une complication digestive du traitement par AINS (hémorragie) et a été hospitalisée. Le médecin apprend les faits plusieurs mois après. Patiente toujours suivie, relation de confiance identique – après rencontre entre le médecin, la patiente et son époux.	Événement indésirable.	Erreur cognitive, dans la décision, dans l'évaluation bénéfice – risque avec défaut de décision (pas de mise sous IPP).	Volonté de rencontrer la patiente, avec explication sur sa prise en charge. Colère vis-à-vis des confrères (gastro-entérologue et rhumatologue) qui ne l'ont pas informé de l'évolution au sujet de cette patiente.	Prudence accrue dans la prescription d'AINS. Peur de majoration de prescription d'IPP en association d'AINS. Volonté de rencontrer les patients en cas d'événement indésirable et d'une coopération réelle avec les spécialistes.
N	5 6	Patient dépressif, suivi par le médecin. Consultation pour des douleurs du pied, étiquetées arthrose, puis devant persistance avec notion de pied froid, réalisation d'un doppler (pour suspicion d'une ischémie aiguë). Le patient refuse d'aller voir l'anglogue indiqué par le médecin et consulte celui proche de son domicile qui conclut à l'absence d'élément vasculaire. Persistance du tableau, avec appels journaliers du patient... Le médecin demande 10 jours après un nouveau doppler.	Patient hospitalisé en urgence pour tableau d'ischémie aiguë du membre inférieur. Endartériectomie en urgence, membre inférieur sauvé, mais embolie pulmonaire dans les suites. Longue convalescence. Patient toujours suivi, aveu par le patient d'une rancune initialement contre le médecin, puis finalement contre le premier anglogue (... le premier doppler était seulement veineux...)	Erreur médicale.	Erreur cognitive, de diagnostic (tableau clinique évocateur) Erreur cognitive, de délais dans l'exécution de la décision (refaire un second doppler).	Culpabilité importante, avec sentiment de faute (erreur diagnostique devant un tableau typique). Stress majeur, avec un certain retentissement extra-professionnel. Besoin de se confier à un tiers (femme du médecin). Besoin de rencontrer, de s'expliquer avec le patient et de s'excuser.	Persistance d'un sentiment de culpabilité pendant longtemps, diminué par une rencontre avec le patient. Demande plus systématique d'examens paracliniques en fonction de sa première impression clinique. Volonté de rencontrer les patients en cas de survenue d'événement indésirable.

N	57	Patiente de 22 ans, suivie par le médecin depuis l'enfance. Consultations itératives pour des motifs variés.	La jeune fille colporte dans le quartier que le médecin a essayé d'abuser d'elle. Le médecin rencontre ses parents, et les informe de sa volonté de déposer une plainte si persistance des allégations. Patiente plus jamais revue, famille toujours suivie par le médecin.	Evénement indésirable.		Stupéfaction puis sentiment de colère. Stress important. Volonté de réagir rapidement aux accusations. Peur des conséquences (judiciaires et « sociales ») éventuelles.	Prudence dans sa pratique : essai d'être moins familier, respect systématique de la distance thérapeutique, plus de geste susceptible d'être mal interprété. Stress résiduel.
N	58	Patiente âgée, suivie depuis plusieurs années par le médecin. Pas d'antécédent particulier. Le médecin suit le fils de la patiente, poly-pathologique, âgé d'une cinquantaine d'années.	La patiente ne veut plus voir le médecin du jour au lendemain, sans explication. Le fils de la patiente, refuse de dire au médecin pourquoi, arguant que sa mère est pénible Fils encore suivi.	Evénement indésirable.		Incompréhension totale. Besoin de connaître le motif de la rupture de la relation médecin malade.	Persistance du questionnaire sur le motif de la rupture, incompréhension.
O	59	Patient âgé, suivi par le médecin, antécédent de dyslipidémie, de chute avec fractures costales. Le patient vient consulter après un épisode grippal, pour des douleurs hémi thoraciques, avec un essoufflement et une fatigue.	L'examen clinique est non informatif, le bilan radiologique et biologique est normal Le patient décède 48 heures plus tard. Pas de cause du décès établie (pas autopsie).	Evénement indésirable.		Culpabilité. Regret de n'avoir pas réalisé un électrocardiogramme. Questionnement sur une erreur possible de diagnostic. Questionnement sur la cause du décès.	Stress résiduel. Questionnement sur la possibilité d'une erreur.

O 60	Patient de 67 ans, suivi par le médecin. Réalisation d'un dosage des PSA à l'occasion d'un bilan systématique, sans aucun prostatisme. Elévation des PSA, biopsie prostatique avec score de Gleason élevé d'où prostatectomie, radiothérapie puis chimiothérapie.	Le patient, incontinente et impuissant depuis, à une qualité de vie très altérée et vit très mal cette situation. Patient toujours suivi par le médecin. Le patient se demande pourquoi un dosage des PSA n'a pas été fait plus tôt.	Evénement indésirable.	Erreur d'attitude dans la conception de l'objectif de soin Erreur cognitive, dans la décision et l'appréciation du rapport bénéfice – risque.	Sentiment de responsabilité dans la situation. (regret du dosage de PSA). Sentiment d'avoir modifié sa pratique par rapport aux PSA, suite à une discussion confraternelle. Discussion en retour en groupes de pairs avec ses confrères de ce cas.	Modification de sa pratique par rapport au dosage des PSA : abandon d'un dosage systématique, retour au dosage uniquement en cas de manifestations cliniques.
O 61	Patiente âgée, suivie par le médecin. Antécédent de cancer du sein traité par tamoxifène. Consultation régulière pour son suivi médical.	Le médecin s'aperçoit lors du renouvellement du traitement qu'elle a prescrit par erreur du NEOMERCAZOL® à la patiente pendant 3 mois. Bonne évolution avec l'arrêt du médicament.	Erreur médicale.	Erreur qualitative, par prescription inadaptée.	Questionnement sur la raison de l'erreur. Stress initial.	Persistance à distance de l'incompréhension de la cause de l'erreur.
O 62	Patiente âgée, vivant en résidence pour personnes âgées, suivie par le médecin. Le médecin diminue de moitié le traitement par DIGOXINE® de cette patiente à l'occasion d'une visite.	Le médecin s'aperçoit quelques temps après, que la patiente reçoit en fait une demi-dose supplémentaire. Correction de la prescription. Bonne évolution, patiente toujours suivie par le médecin.	Evénement indésirable.	Erreur d'attitude dans la coordination des soins avec facteur circonstanciel. (mauvaise lecture de l'ordonnance par l'infirmière de la résidence).	Stress initial (à posteriori si survenue d'un surdosage chez cette personne). Désir de s'entretenir avec l'infirmière, qui a commis l'erreur d'interprétation de l'ordonnance.	Contrôle systématique de la feuille des médicaments versus sa prescription, lors des visites à la résidence. Veille à avoir une prescription lisible / intelligible.

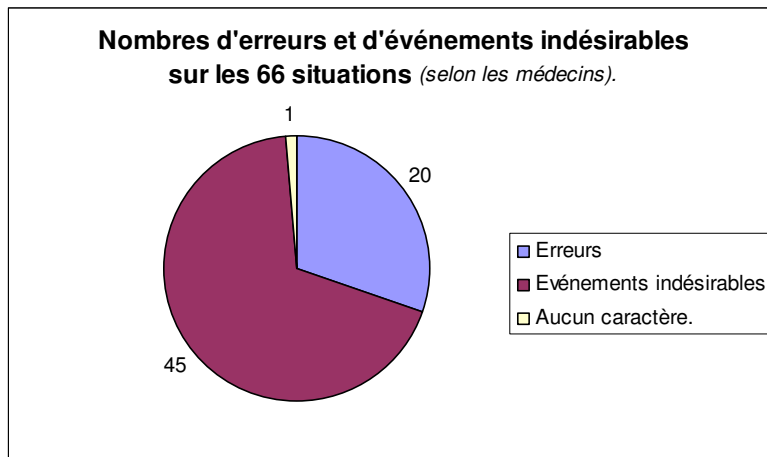
O 63	Patiente suivie itérativement par le médecin, avec notion de nomadisme médical important. Diagnostic de cancer du rectum avec extension initiale pelvienne majeure lors du diagnostic ; la patiente est opérée à de multiples reprises ; prise en charge hospitalière. Décès de la patiente.	La sœur de la patiente réclame -plusieurs années après le décès de la patiente - le dossier médical de sa sœur au médecin.	Evénement indésirable.		Stress initial, médecin contrarié. Incompréhension initiale de la démarche de la sœur.	Sentiment de devoir endosser parfois un rôle de bouc émissaire.
O 64	Patiente, suivie par le médecin, venant la consulter, en grande souffrance psychique. Antécédent psychiatrique à la naissance de son premier enfant, suivi par le médecin ; difficulté à mettre en place un traitement satisfaisant à l'époque. Notion de syndrome paranoïde selon le psychiatre qui suit conjointement la patiente. Mère de deux jeunes enfants.	Le médecin pose le diagnostic rétrospectif de psychose puerpérale à la naissance du premier enfant, et regrette de ne pas avoir hospitalisé la patiente. Patiente toujours suivie par le médecin.	Erreur médicale.	Erreur cognitive, de décision, par défaut avec facteur circonstanciel.	Regret avec sentiment d'avoir commis une erreur – de ne pas avoir été assez fort. Démarche de prise de contact avec le psychiatre de la patiente.	Vigilance accrue dans une situation similaire éventuelle.

O 6 5	Deux jeunes enfants, jumelles, suivies par le médecin (il y a une vingtaine années). Une jumelle présente un abattement important et des vomissements, lors de poussées fébriles, depuis plusieurs mois. Une épistaxis motive un avis ORL, qui est normal.	Un jour, la fillette est hospitalisée pour une otite importante avec abattement majeur. Le diagnostic de tumeur cérébrale est fait au cours de l'hospitalisation.	Erreur médicale.	Erreur cognitive, dans le raisonnement, par mémorisation tertiaire (restitution) Erreur d'attitude du médecin, affective (rejet d'une maladie grave chez cette enfant).	Regrets rétrospectifs de ne pas avoir essayé de faire des examens (TDM et IRM à peine disponible à l'époque).	Demande plus systématique d'examens paracliniques type TDM ou IRM en cas de doute. Sentiment de devoir faire attention à ne pas occulter des signes appelant un diagnostic éventuel d'une pathologie grave chez un patient.
O 6 6	Patiente suivie par le médecin. Prescription d'un traitement pas LOGIFLOX®.	La patiente réalise un syndrome confusionnel la nuit après la prise du traitement. Patiente en colère, reprochant au médecin ne pas l'avoir prévenue de la possibilité d'un tel effet indésirable.	Evénement indésirable.		Démarche de vérification de l'effet dans le Vidal et de déclaration à la Pharmaco-vigilance. Explication à la patiente.	Evitement de prescription de LOGIFLOX® depuis la survenue – assez récente – de cet événement.

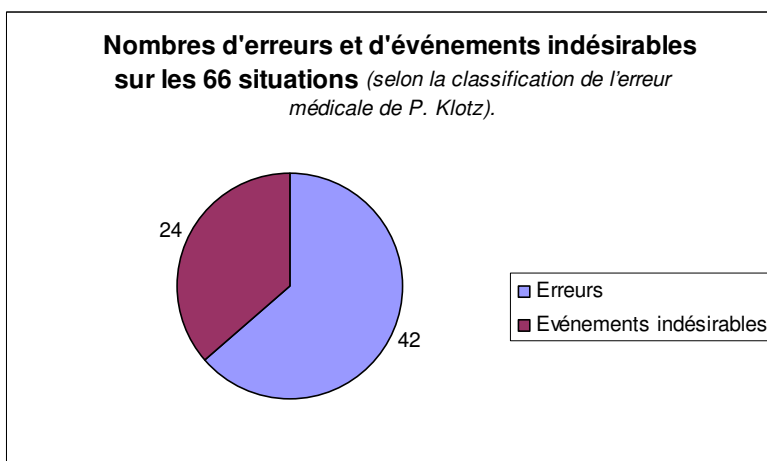
4.3.3. Analyse globale des faits.

4.3.3.1. Données quantitatives.

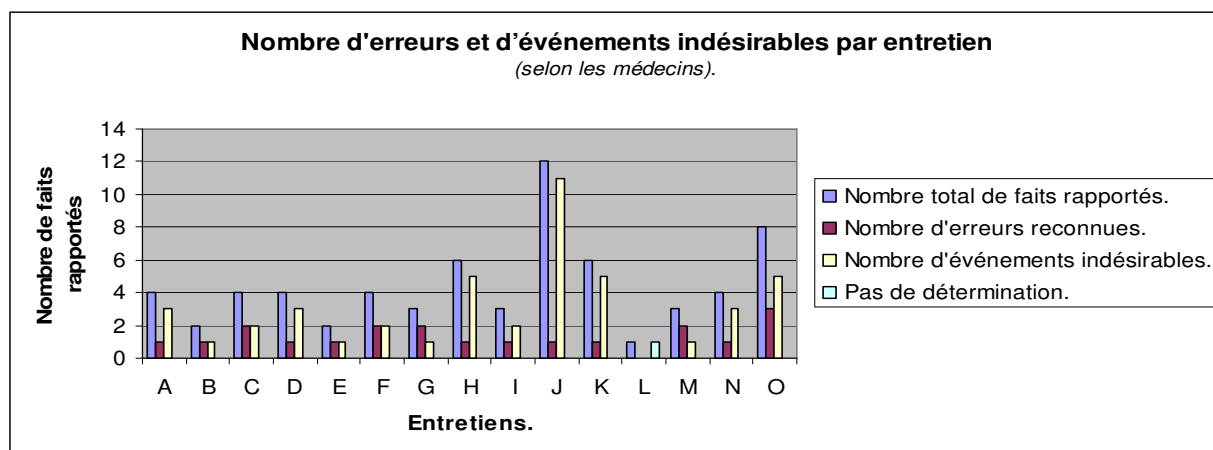
🚩 *Nombres d'erreurs et d'événements indésirables sur les 66 situations - selon les médecins :*



🚩 *Nombres d'erreurs et d'événements indésirables sur les 66 situations - identifiés selon la classification de l'erreur médicale de P. Klotz :*



4.3.3.2. Analyse selon l'opinion des médecins interrogés.



✚ *A propos des événements indésirables : selon les médecins.*

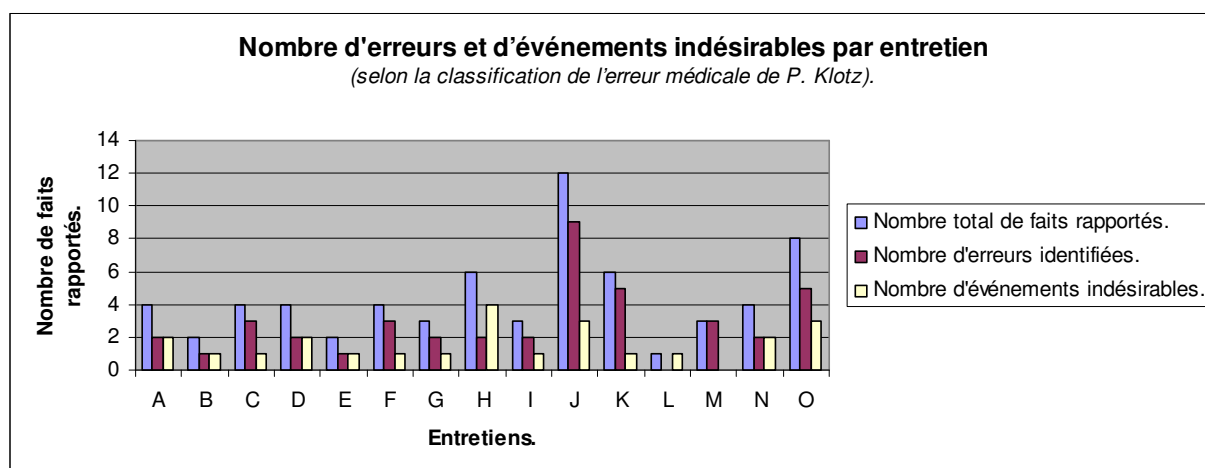
Le nombre d'événements indésirables rapportés par médecin varie de 0 (aucun événement indésirable rapporté) à 9. Le taux moyen est de 3 événements indésirables par médecin (soit 45 événements indésirables pour 15 médecins).

✚ *A propos des erreurs : selon les médecins.*

Le nombre d'erreurs reconnues en tant que telles et rapportées par les médecins varie de 0 à 2. Le ratio moyen d'erreur rapportée par médecin est de 1,3 (soit 20 erreurs pour 15 médecins).

4.3.3.3. Analyse selon la taxonomie de l'erreur médicale de P.Klotz.

✚ **Analyse quantitative.**



✚ *A propos des événements indésirables : selon la taxonomie de P. Klotz.*

Le nombre d'événements indésirables rapportés par médecin varie de 0 (aucun événement indésirable rapporté) à 4. Le taux moyen est de 1,6 événement indésirable par médecin (soit 24 événements indésirables pour 15 médecins).

✚ *A propos des erreurs : selon la taxonomie de P. Klotz.*

Le nombre d'erreurs reconnues en tant que telles et rapportées par les médecins varie de 0 à 9. Le ratio moyen d'erreur rapportée par médecin est de 2,8 (soit 42 erreurs pour 15 médecins).

✚ **Analyse qualitative.**

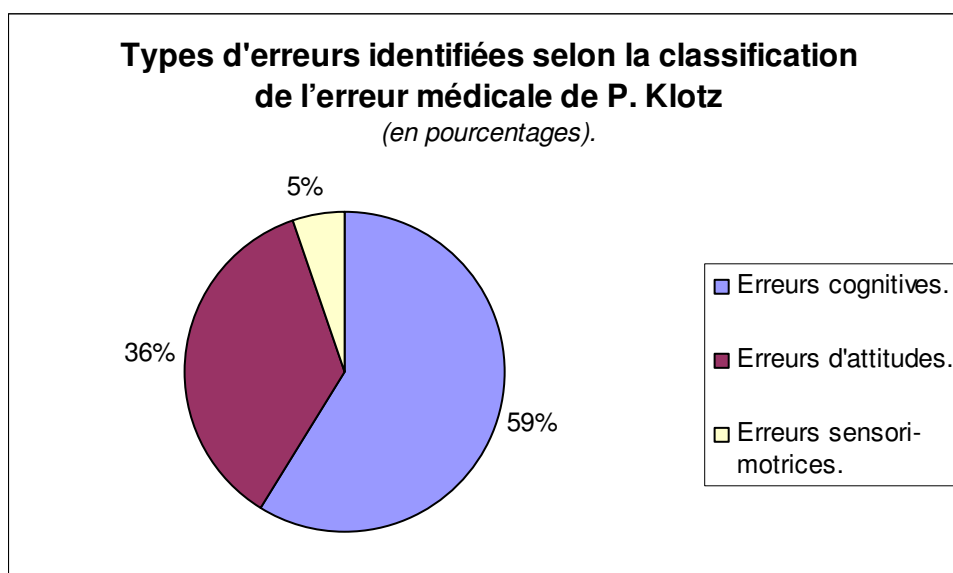
✚ *Positionnement des erreurs à l'intérieur de la classification de l'erreur médicale de P.Klotz :*

Classement des situations exposées par les médecins interrogés (lettre d'entretien – numéro de situation).	Erreurs cognitives.	Erreurs diagnostiques	De mémorisation.		A4 (ignorance ou oubli). E15 (défaut restitution). F17 (défaut restitution). M54 (défaut connaissances). O65 (défaut restitution).
			De raisonnement	Au stade pré-test.	A4 (défaut recueil informations). C7 (défaut recueil informations). D14 (défaut recueil informations). E15 (formulation diagnostics). F17 (interprétation des signes). F19 (formulation du problème). J34 (formulation diagnostics). J38 (défaut recueil informations). J40 (formulation diagnostics). J43 (formulation diagnostics).
				Au stade prise de décision.	A1 (défaut appréciation situation). B6 (défaut appréciation fréquence). D11 (défaut évaluation risque). F18 (défaut évaluation risque). G21 (défaut surveillance). H24 (défaut surveillance). J36 (défaut évaluation risque). J37 (défaut évaluation risque). N55 (défaut évaluation risque). N56 (défaut appréciation situation). O60 (appréciation bénéfices / risques).
			Erreurs dans l'exécution des décisions.	C8 (erreur de délai). G22 (erreur par défaut). I31 (erreur par défaut). M52 (erreur par défaut). N56 (erreur de délai, qualitative). O61 (erreur qualitative). O64 (erreur par défaut).	
		Erreurs d'attitudes.	Erreurs propres aux médecins.	A1 (erreur éthique). C7 (erreur coordination des soins). D14 (erreur éthique). F18 (erreur coordination des soins). H28 (erreur caractérielle fortuite). J33 (facteur circonstanciel). J42 (réaction face à l'erreur, éthique). M53 (erreur relation médecin - malade). O60 (erreur objectif de soin). O65 (erreur affective).	
	Facteurs circonstanciels		C10 (facteur circonstanciel). K45 (facteur circonstanciel). K46 (facteur circonstanciel). K47 (facteur circonstanciel). K48 (facteur circonstanciel). K49 (facteur circonstanciel). O62 (facteur circonstanciel).		
	Facteurs liés aux patients.		G21 (erreur attitude liée à tiers). H24 (erreur attitude liée à tiers). I30 (erreur attitude liée au patient).		
	Erreurs sensori-motrices.	J35 (difficultés propres à l'acte). J42 (matériel inadéquat). K47 (difficultés propres à l'acte).			

✚ Répartition : nombre d'erreurs par rubriques.

Erreurs cognitives.	33	Erreurs Diagnostiques	26	De mémorisation.		5
				De raisonnement	Au stade du pré-test.	10
					Au stade prise de décision.	11
		Erreurs dans l'exécution des décisions.				
Erreurs d'attitudes.	20	Erreurs propres aux médecins.				10
		Facteurs circonstanciels.				7
		Facteurs liés aux patients.				3
Erreurs sensori-motrices.	3	Erreurs sensori-motrices.				3
TOTAL	56	↔				56

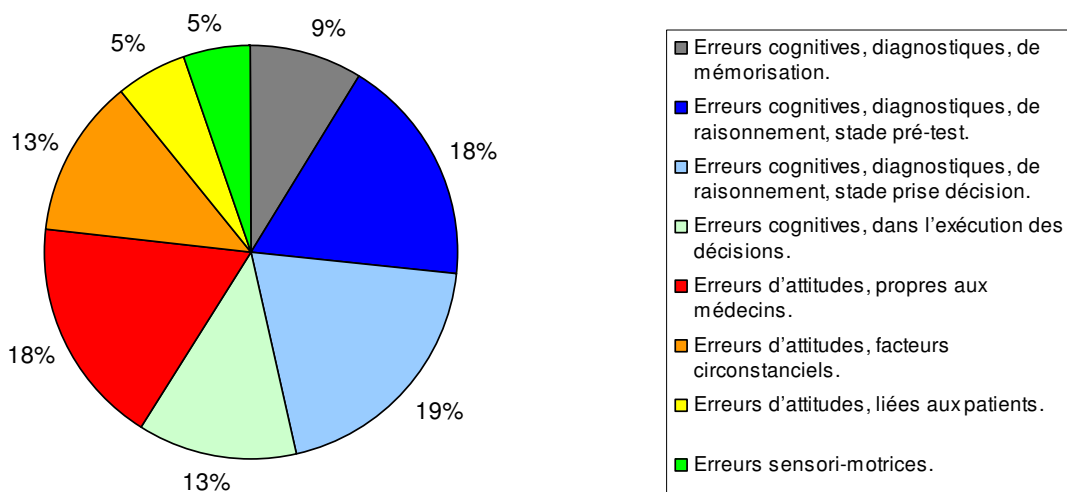
✚ Répartition des erreurs par types principaux :



✚ Répartition des erreurs, sous-types inclus :

Répartition des erreurs identifiées, sous-types inclus

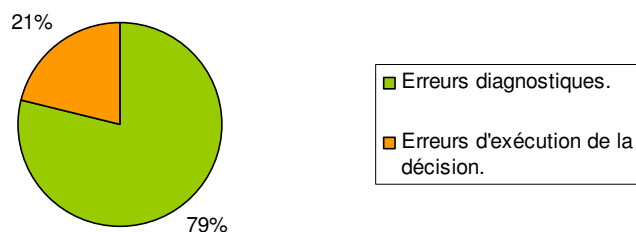
(en pourcentages absolus).



✚ Sous-types d'erreurs cognitives :

Sous-types d'erreurs cognitives

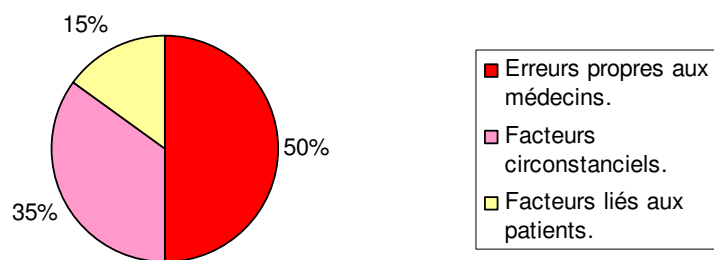
(en pourcentages relatifs des erreurs cognitives).



✚ Sous-types d'erreurs d'attitude :

Sous-types d'erreurs d'attitudes

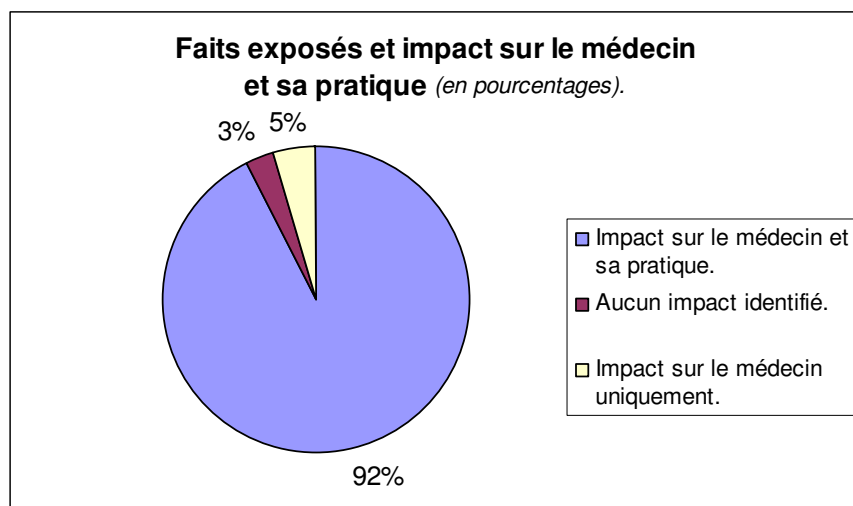
(en pourcentages relatifs des erreurs d'attitudes).



4.4. A PROPOS DE L'IMPACT DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET DES ERREURS MEDICALES SUR LE MEDECIN GENERALISTE ET SA PRATIQUE.

4.4.1. Importance de l'impact sur les médecins généralistes.

✚ Impact et faits exposés :



✚ Nombre d'éléments d'impact identifiés par domaine :

Domaine d'application.	Nombres d'éléments d'impact identifiés sur les médecins et leurs pratiques par domaine d'application.	Importance respective (en pourcentage).
Domaine psychique.	114	42 %
Domaine social et relationnel.	52	19 %
Démarche diagnostique.	44	16 %
Démarche thérapeutique.	26	9 %
Compétence professionnelle.	19	7 %
Domaine médico-légal.	19	7 %
TOTAL	274	100 %

4.4.2. Impact sur la Pratique Médicale des médecins généralistes.

4.4.2.1. Impact sur la démarche diagnostique des médecins généralistes.

✚ Aspect quantitatif :

Domaine d'application.	Nombres d'éléments d'impact identifiés sur les médecins et leurs pratiques – par zone d'action.		
Démarche Diagnostique.	Démarche clinique.	Interrogatoire	6
		Examen clinique	3
		Consultation	16
	Démarche paraclinique.		11
	Recours à l'avis spécialisé.		8
	TOTAL.		44

✚ Aspect qualitatif :

Domaine d'application	Eléments d'impact exprimés par les médecins sur eux mêmes et leurs pratiques – par domaine d'application (nombre d'occurrences le cas échéant).		
Démarche diagnostique	Démarche clinique.	Interrogatoire	Sensibilisation sur la notion de « symptôme à l'effort ». Recherche systématique d'un entourage familial lors de la prise en charge d'un patient dément. Sensibilisation à la notion de « symptôme respiratoire » chez les jeunes filles. Prudence accrue lors de la prescription d'un traitement antibiotique, interrogatoire à la recherche de contre-indications.
		Examen clinique.	Volonté de réaliser un examen clinique minutieux et systématisé x 2. Nouvel examen systématique à 48 heures d'évolution dans les cas de douleurs abdominales.
		Consultation.	Sentiment de devoir être plus attentif / plus vigilant lors la consultation x 4. Sentiment de devoir faire davantage confiance à « son impression clinique » x 4. Maintien d'un cadre dans la consultation x 3. Veiller à donner plus de temps à la parole du patient x 2. Différer un motif de consultation - initial - à une autre consultation si un motif secondaire ou « révélé » apparaît plus urgent / important. Veiller au maintien d'un temps de consultation de 20 minutes au minimum. Veiller à ne pas « catégoriser » un patient à priori en début de consultation.

	<i>Démarche paraclinique.</i>	Recours plus systématique / facile aux explorations paracliniques x 4. Recours plus systématique / plus facile à l'échographie abdominale en cas de tableau douloureux abdominal. Réalisation d'un ECG plus rapidement / plus systématiquement en cas de tableau douloureux thoracique atypique. Hémocult plus systématique dans ses bilans de dépistage. Abandon d'un dosage systématique des PSA, dosage uniquement en cas de manifestations cliniques de prostatisme. Réalisation systématique de clairances rénales chez les patients âgés sous AINS. Réalisation systématique d'un dosage des bêtaHCG chez une femme en âge de procréer décrivant des troubles menstruels. Coloscopie systématique pour le patient en cas d'hémocult positif.
	<i>Recours à l'avis spécialisé.</i>	Recours plus systématique à la prise en charge hospitalière des patients suicidaires x 3. Recours plus systématique à l'avis spécialisé x 2 Evaluation rigoureuse de la demande d'avis spécialisés, y compris dans le choix du spécialiste. Recours systématique au SAMU en cas de doute sur une pathologie cardiaque aiguë. Recours plus systématique à l'avis cardiologique dans un contexte de « symptomatologie à l'effort ».

4.4.2.2. Impact sur la démarche thérapeutique des médecins généralistes.

 Aspect quantitatif :

<i>Domaine d'application.</i>	<i>Nombres d'éléments d'impact identifiés sur les médecins et leurs pratiques – par zone d'action.</i>		
Démarche Thérapeutique.	<i>Traitements médicamenteux.</i>	Arrêts de prescription.	2
		Autres modifications	10
	<i>Thérapeutiques autres.</i>		3
	<i>Protocoles de Surveillance.</i>		4
	<i>Aspects globaux de la prise en charge thérapeutique.</i>		7
	TOTAL		26

 Aspect qualitatif :

Domaine d'application	Eléments d'impact exprimés par les médecins interrogés sur eux mêmes et leurs pratiques – par domaine d'application (nombre d'occurrences le cas échéant).		
Démarche thérapeutique	Traitements médicamenteux.	Arrêts de prescription.	Eviction du FELDENE® de sa pharmacopée. Eviction de la VISCERALGINE® de sa pharmacopée.
		Autres modifications.	Prudence (recherche de contre-indications) dans la prescription de médicaments x 2. Arrêt du TRIVASTAL® chez un patient. Arrêt de la PYOSTACINE® chez un patient. Arrêt du CLAMOXYL® chez le patient. Evitement de prescription de LOGIFLOX® (depuis événement). Diminution du recours aux médicaments injectables. Plus de médicaments injectables dans sa prise en charge de la crise migraineuse. Réticence majeure à la prescription de médicaments de la classe des hydropiridines. Prudence accrue dans la prescription d'AINS, d'anti vitamine K.
	Thérapeutiques autres.	Prudence dans son conseil donné au patient, en cas d'opération chirurgicale (par rapport aux résultats à attendre). Attention accrue lors de la réalisation de vaccination. Attention accrue lors de la réalisation d'infiltrations.	
	Protocoles de Surveillance.	Méfiance dans la mise en place d'une surveillance par les proches d'un patient x 2. Réalisation systématique de clairances rénales chez les patients âgés lors de traitements par AINS. En cas de non respect par les proches / le patient de la consigne de rappel téléphonique pour le tenir au courant de l'évolution, rappel systématique du médecin.	
	Aspects globaux de la prise en charge thérapeutique.	Evaluation de l'aspect bénéfice / risque de tout traitement encore plus systématique x 3. Volonté de laisser les patients décider de leur prise en charge - dans une certaine mesure x 2. Questionnement systématique sur l'opportunité d'une protection juridique chez un patient dément. Veiller aux « mots » utilisés lors de l'explication de la démarche de soin aux adolescents.	

4.4.2.3. Impact sur la compétence professionnelle et la démarche formative des médecins généralistes.

 Aspect quantitatif :

Domaine d'application.	Nombres d'éléments d'impact identifiés sur les médecins et leurs pratiques – par zone d'action.	
Compétence Professionnelle.	Compétence individuelle.	5
	Démarches formatives.	14
	TOTAL	19

 Aspect qualitatif :

Domaine d'application	Eléments d'impact exprimés par les médecins interrogés sur eux mêmes et leurs pratiques – par domaine d'application (nombre d'occurrences le cas échéant).	
Compétence professionnelle	<i>Compétence individuelle</i>	Mise en évidence d'un défaut de compétences dans la séméiologie des douleurs abdominales (par ignorance primaire ou oubli secondaire / tertiaire). Mise en évidence d'un défaut de compétences dans le domaine de la dermatologie. Mise en évidence d'un défaut de compétences par dispersion des activités (gardes hospitalières en plus du cabinet). Défaut de l'écoute active du patient. Sentiment de manque d'expérience professionnelle.
	<i>Démarches formatives</i>	Démarches formatives régulières x 3 (FMC, littérature etc.). Discussions confraternelles x 2 (groupe de pairs x 1) Vérification de la connaissance de l'existence d'un effet secondaire médicamenteux par la monographie du Vidal x 2. Démarche de consultation / de signalement à la pharmacovigilance des effets indésirables des traitements x 2 Démarche formative personnelle sur la séméiologie de l'embolie pulmonaire. Démarche formative personnelle sur les moyens de protection juridique des adultes incapables : sauvegarde de justice, curatelle et tutelle. Démarche formative personnelle sur les AINS (pharmacologie). Lecture de la revue « Prescrire ». Démarche formative en dermatologie courante.

4.4.2.4. Impact d'ordre médico-légal sur les médecins généralistes.

Domaine d'application	Eléments d'impact exprimés par les médecins interrogés sur eux mêmes et leurs pratiques – par domaine d'application (nombre d'occurrences le cas échéant).
Domaine médico-légal.	Crainte des recours médico-légaux éventuels x 4. Amélioration de la tenue du dossier avec systématisation d'une trace écrite dans le dossier de ses interventions x 4 Sentiment de prises de risques médico-légaux x 3. Attention portée au recueil des données du patient (adresse, etc.) x 2. Sentiment d'être démuni face aux accusations du patient : prise en charge expliquée au patient, mais non renseignée par écrit dans son dossier. Réponse détaillée, à une lettre de l'Ordre sur sa prise en charge d'un patient, avec double des consultations et des courriers à l'appui. Conseil donné à la famille par le médecin de s'adresser d'abord au Conseil de l'Ordre. Renforcement dans la démarche de faire systématiquement sortir les patients afin de ne pas s'entretenir téléphoniquement avec d'autres patients devant eux Utilisation majorée de l'outil informatique. Comparaison systématique de la feuille des médicaments par rapport à sa prescription, lors des visites en résidence pour personnes âgées.

4.4.2.5. Impact psychosocial.

4.4.2.5.1. Analyse globale.

<i>Domaine d'application</i>	<i>Eléments d'impact exprimés par les médecins interrogés sur eux mêmes et leurs pratiques – par domaine d'application (nombre d'occurrences le cas échéant).</i>			
Domaine psychosocial et relationnel.	<i>Domaine psychique.</i>	Sentiment de culpabilité du médecin x 22. Stress psychique x 17. Sentiment de colère à l'encontre d'un tiers x 13. (dirigée contre le patient x 6 / contre un confrère x 3 / contre la famille du patient x 4). Sentiment d'avoir commis une erreur x 8. Souvenir désagréable de l'événement x 8. Sentiment d'incompréhension x 8. Sentiment d'anxiété x 7. Sentiment de tristesse x 7. Sentiment d'échec (personnel) x 4. Sentiment de regret x 4. Sentiment de fatalité x 3. Sentiment de stupéfaction x 3. Sentiment de peur x 3. Sentiment de responsabilité dans la survenue de l'événement x 3. Sentiment de devoir remettre en cause sa pratique x 2. Sentiment de remise en cause personnelle. Troubles du sommeil.		
	<i>Domaine Social et Relationnel.</i>	Relation médecin - malade	<i>Avec « le Patient ».</i>	Rencontre du patient pour explications x 9. Reproches du fait au médecin par le patient x 4. Excuses présentées au patient x 4. Visite au patient à l'hôpital x 3.
			<i>Avec « les Patients »</i>	Démarche systématique d'explication avec un patient en cas de fait indésirable x 9. Approche plus diplomatique ou consensuelle dans la relation médecin malade x 2. Sentiment de devoir recevoir la plainte des patients, même injustifiée / bouc émissaire x 2. Contact moins familier avec les patients : respect systématique de la distance thérapeutique.
		<i>Avec la famille du patient.</i>		Rencontre secondaire pour explication avec la famille x 9. Reproche de la famille au médecin x 3. Besoin de se confier à l'épouse du patient x 1.
		<i>Avec ses collègues.</i>		Besoin de s'expliquer avec les spécialistes impliqués dans le fait indésirable x 3. Volonté de coopération réelle avec ses confrères spécialistes. Rencontre avec l'infirmière impliquée dans la survenue du fait indésirable.

4.4.2.5.2. Impact d'ordre psychique sur les médecins généralistes.

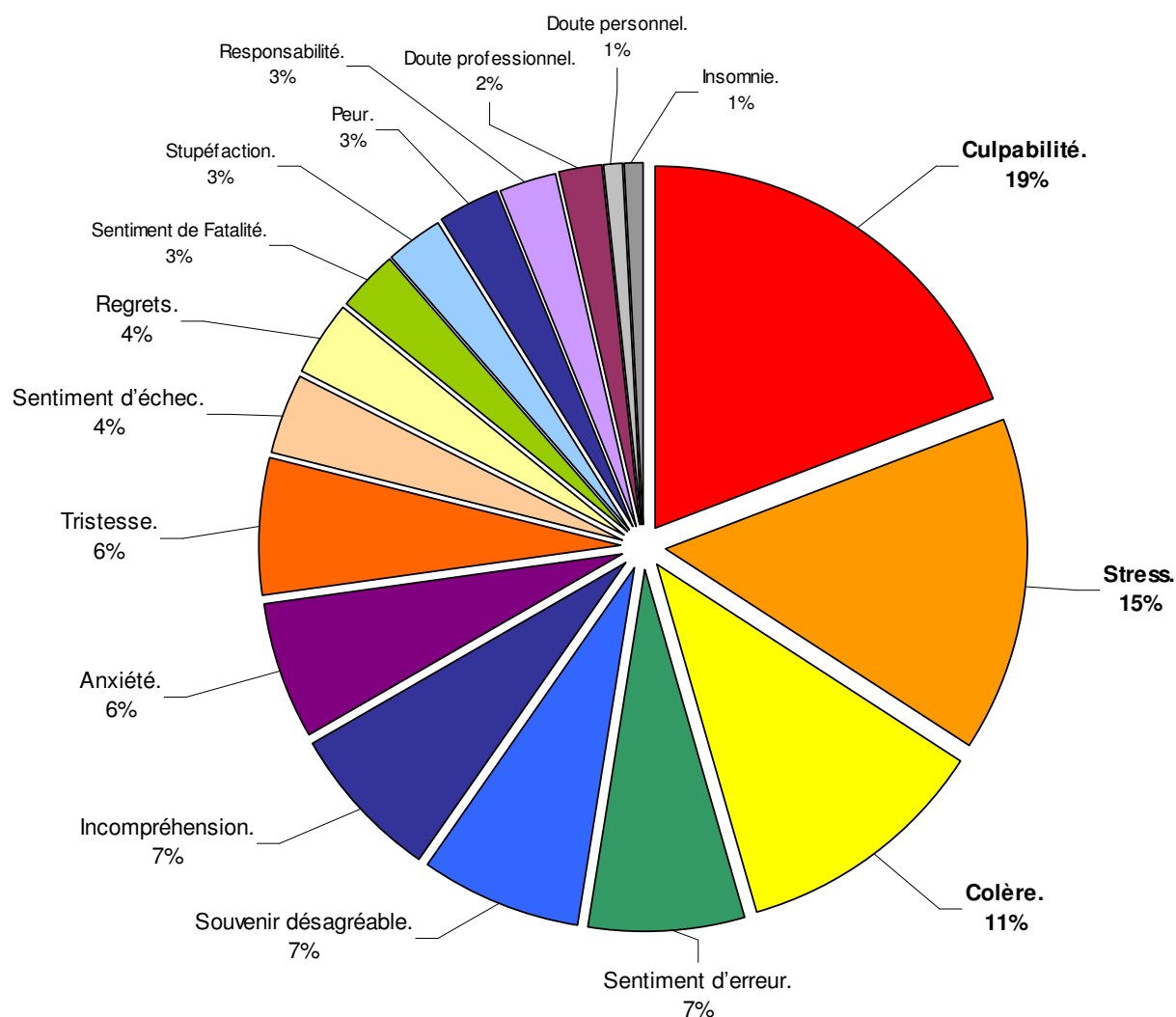
Nous avons identifié un total de 114 éléments de conséquence d'ordre psychique, sur les médecins généralistes, à partir des 66 faits exposés.

17 types de conséquences psychiques ont été identifiés.

🚩 Synthèse des conséquences sur le psychisme des médecins mises en évidence dans l'étude :

<i>Rubrique.</i>	<i>Types d'éléments identifiés dans les entretiens.</i>	<i>Nombre d'occurrences.</i>
1	Culpabilité.	22
2	Stress psychique.	17
3	Colère.	13
4	Sentiment d'avoir commis une erreur.	8
5	Souvenir désagréable d'une situation.	8
6	Incompréhension.	8
7	Anxiété.	7
8	Tristesse.	7
9	Sentiment d'échec.	4
10	Regrets.	4
11	Sentiment de Fatalité.	3
12	Stupéfaction.	3
13	Peur.	3
14	Sentiment de responsabilité.	3
15	Remise en cause de sa pratique.	2
16	Remise en cause personnelle.	1
17	Troubles du sommeil.	1
	Total.	114

Représentation graphique de l'importance des éléments d'impact sur le psychisme des médecins généralistes par type de conséquences.
(en pourcentage des éléments d'impact totaux sur le psychisme).



4.5. A PROPOS DES ASPECTS MEDICOLEGAUX ET PREVENTIFS.

4.5.1. Aspects médico-légaux : étude par champs lexicaux.

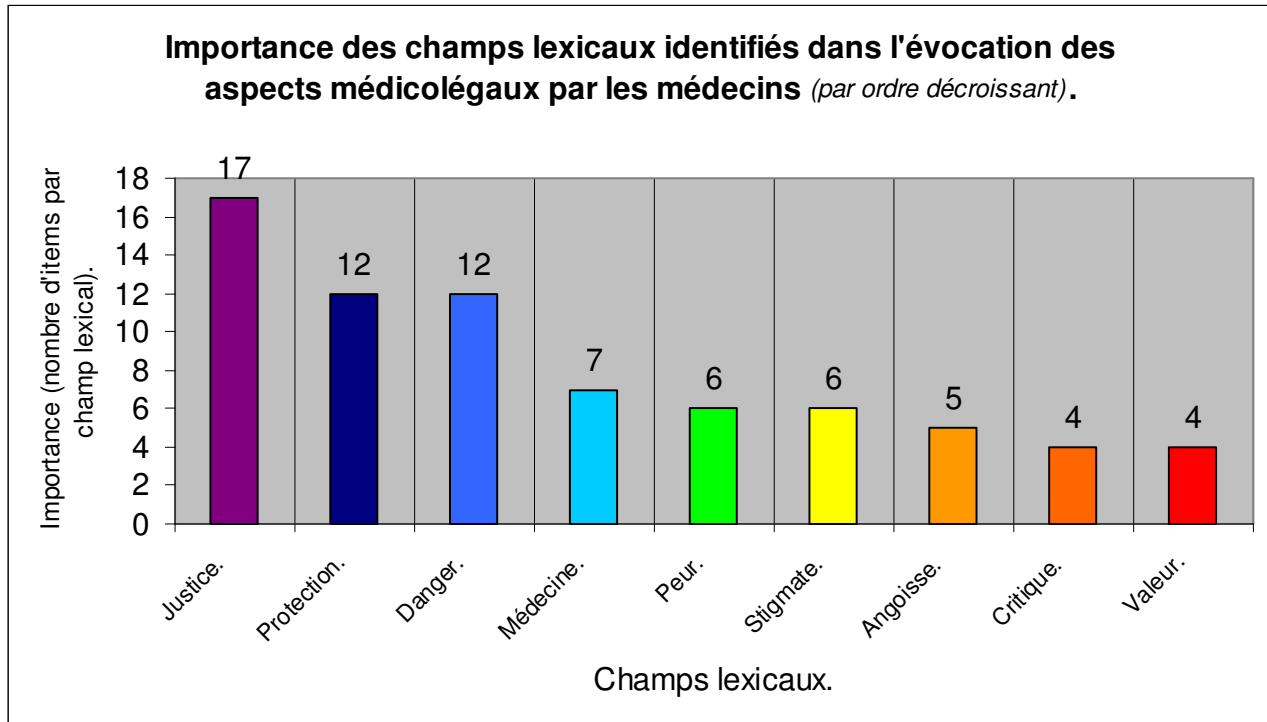
Eléments de discours utilisés par les médecins dans l'évocation des aspects médico-légaux.

- « En cas de problèmes médico-légaux, on doit apporter des preuves. [...] Le principe c'est d'amener la preuve qu'on a tout fait... Mais ça n'empêche pas que des médecins soient condamnés sur des conneries ! »
- « Je suis un peu plus anxieux... un peu plus vigilant... ce que je ne faisais pas avant. Maintenant, vlan ! J'ouvre le parapluie pour un oui ou pour un non ! »
- « Je suis encore plus vigilant [...] je fais des courriers [...] même s'il n'y a pas grand-chose, j'envoie au patient etc. Je garde toujours une trace écrite [...] je ne deviens pas parano mais ... je deviens presque procédurier [...] Je deviens systématiquement traçable. »
- « Je suis toujours en train d'intégrer cela « Et si ça se gâte, comment je vais pouvoir me justifier... ? » Depuis quelques années, c'est une dimension que j'intègre. J'essaye de mettre dans mon dossier le plus d'éléments, de justifications possibles. S'il y a un problème, je pourrai justifier. »
- « C'est sûr que cela joue... Maintenant, on doit être en mesure de prouver ... de prouver ... »
- « C'est la terreur pour moi. Ah oui, ça j'ai peur ! J'ai eu une plainte, ça m'a beaucoup perturbée et j'avoue que... j'ai peur ! [...] je suis plus méfiante »
- « Le médico-légal il est derrière mais euh, ... je crois qu'on y pense, mais je crois qu'il ne faut pas vivre dans la terreur. [...] On prépare toujours les arrières... toujours ! Les boulettes ! [...] C'est un truc que je fais passer aux étudiants maintenant. C'est trop bête ! [...] Je pense que ce médico-légal coûte cher... très cher à la Sécu ! [...] les patients nous mettent la pression, les médecins sont angoissés.... crainte de complications, d'avoir un pépin [...] et qu'on me reproche d'avoir fait un truc ».
- « C'est toujours intéressant d'avoir un double de ce que tu fais [...] maintenant je conserve tout....je peux te dire que tout ce que je fais, je conserve... j'ai plus d'état d'âme... »
- « L'aspect médico-légal m'ennuie moins que le côté personnel, le côté médico-légal on s'en défend toujours, il y a des avocats... quand on en arrive là.....je crois que ce n'est plus du tout la même discussion. Le combat s'arrête : il y a un schisme ».
- « Moi je suis déjà allé au tribunal [...] j'ai été interrogé par le Juge d'instruction, c'est très désagréable, les juges d'instruction ne sont pas des gens très sympathiques [...] ça c'est terminé par un non-lieu, ma seule expérience du médicolégal ! [...] d'abord avant d'aller au tribunal, allez voir le conseil de l'Ordre avant.... [...] j'ai eu souvent des menaces, on nous fait des reproches, on nous fait des reproches, bah oui... On s'explique. »
- « Ils ont des exigences, ils mettent beaucoup de pression. Le médecin il doit être parfait, il ne doit jamais se tromper. »
- « la majorité des procès - des procès hospitaliers - les gens ils s'en foutent qu'on se soit trompé, ils comprennent très bien qu'on se soit trompé, ce qu'ils ne comprennent pas, c'est qu'on n'admette pas qu'on se soit trompé [...] En médecine générale, le meilleur pare-feu qu'on puisse mettre en place, c'est d'être conscient de sa faiblesse, d'être conscient de ses limites. »
- « C'est pas ça qui compte le plus... on est quand même relativement peu exposé au risque médicolégal... dans notre discipline.... »
- « Une autre dimension, l'aspect médico-légal. J'y arrive pas bien à envisager cet aspect. Je devrais.... Semble-t-il d'après mes internes, c'est une très forte angoisse à ce niveau de la part des internes [...] c'est une idée qui est très prégnante chez les jeunes que j'ai pas [...] Je commence à faire attention, parce que j'ai été confronté au problème, ça m'avait beaucoup perturbé à l'époque ».
- « En fait, je ne suis pas encore de la génération ... je ne fais pas attention à l'aspect médico-légal [...] mais cette année pour la première fois, j'ai eu une demande de dossier ... Les gens ont besoin de bouc-émissaire [...] ça m'a un petit peu contrariée. »

<i>Champs lexicaux.</i>	<i>Termes utilisés par les médecins lors des entretiens (nombre d'occurrences le cas échéant).</i>	<i>Nombre d'items totaux par champ lexical.</i>
Champ lexical de la Peur.	Peur x 2. Terreur x 2. Crainte. Méfiant.	6
Champ lexical de l'Angoisse.	Etre angoissé x 2 Anxieux. Angoisse. Parano.	5
Champ lexical de la Justice.	Preuve x 2. Prouver x 2. Procès x 2. Juge x 2. Plainte. Condamner. Avocat. Tribunal. Non-lieu. Procédurier. Avouer. Etre interrogé. Bouc émissaire.	17
Champ lexical de la Protection.	Etre vigilant x 2. Se justifier x 2. Ouvrir le parapluie. Faire attention. Pare-feu Empêcher. Justification. Préparer ses arrières. Se défendre. Combat.	12
Champ lexical de la Critique.	Reproche x 2. Menace. Ennuyer.	4
Champ lexical du Danger.	Se tromper x4. Problème x 2. Se gêner. « Conneries ». « Boulettes ». Complication. Pépins. Risque.	12
Champ lexical de la Médecine.	Médecin. Patient. « Sécu ». Conseil de l'Ordre. Dossier (médical). Médecine Générale. Hospitalier.	7
Champ lexical de l'Empreinte / du Stigmate.	Courriers. Trace. « Traçable » (néologisme) Ecrire. Double (un). Conserver.	6
Champ lexical de la Valeur.	Etre parfait Exigence. Faiblesse. Limite.	4

Nous avons pu identifier **9 champs lexicaux** parmi les éléments de discours des médecins, dans l'évocation de l'aspect médico-légal.

🚩 *Représentation graphique :*



4.5.2. Moyens à promouvoir auprès des médecins généralistes (selon les médecins interrogés).

🚩 *Différents moyens à proposer aux médecins généralistes confrontés aux événements indésirables : synthèse.*

<i>Types de moyens / d'actions à promouvoir (éléments cités).</i>	<i>Nombre d'entretiens où la notion a été abordée par le médecin.</i>	<i>Entretiens où la notion a été abordée par le médecin (lettre).</i>
Groupes de Pairs.	11	A B C G H I J K M N O
Groupes Balint.	4	B L M N
En parler avec ses confrères.	3	E F O
Erreur comme substrat formatif.	4	D E F M
Outils informatiques.	3	B C E
Formation Professionnelle.	2	A E
Création observatoire des événements indésirables en Médecine Générale.	1	J
Evaluation des pratiques professionnelles.	1	B
Formation aux aspects médico-légaux.	1	F
Formation aux techniques d'entretien.	1	H

 Analyse par entretien :

Entretiens	Eléments de prise en charge des événements indésirables à proposer aux médecins généralistes <i>(selon les médecins interrogés)</i> .
A	Démarche de Formation (ANAES, « La Revue Prescrire » etc.) Essayer d' adapter sa pratique au patient , en dérogeant parfois aux recommandations s'il le faut. Groupes de Pairs .
B	Groupe de Pairs (permet aborder des aspects formatifs, au travers de situations cliniques ; soutien psycho relationnel éventuellement, sans se réduire principalement à cela). Groupe Balint (prise en charge des aspects psycho relationnels et affectifs). Evaluation des pratiques professionnelles / bilan de compétence MGForm (catalyseur dans la démarche de formation professionnelle). Utilisation avancée des outils informatiques , et des « alarmes » (et des <i>guidelines</i>).
C	Groupe de Pairs . Utilisation avancée de l' informatique (définition d'alarmes dans les dossiers des patients sur différents points).
D	Utilisation formative d'une situation d'événement indésirable comme substrat formatif (analyse détaillée de la situation dans une démarche formative) à mettre en place dès la formation initiale (« scripts cliniques »).
E	Dégager des aspects formatifs des situations d'événements indésirables. Maîtrise et connaissance des référentiels (en Soins Primaires) à acquérir dès la formation initiale. Utilisation de l'outil informatique . En parler avec ses confrères (soutien psycho relationnel).
F	Utilisation des situations d'événement indésirable et d'erreur médicale comme outils d'évolution personnelle et professionnelle. Communiquer et partager son expérience auprès de ses collègues . Cours sur les aspects médico-légaux en Soins Primaires
G	Groupes de Pairs (groupe Qualité)
H	Groupes de Pairs (partage d'Expérience pour chacun des participants). Formations aux techniques d'entretien, à l'écoute active et à la gestion des conflits.
I	Groupes de Pairs (échange de pratique, partage d'expérience et soutien psycho relationnel).
J	Groupes de Pairs . Créations de structures dédiées à la collecte et l'analyse des Erreurs en Soins Primaires .
K	Groupes de Pairs (parler fréquemment avec ses confrères des situations rentrant dans le cadre d'événements indésirables pour analyse de pratique, soutien psycho affectif).
L	Groupe Balint à proposer dès la formation initiale des médecins généralistes (pour la prise en charge de la dimension psycho relationnelle en soins Primaires).
M	Groupes de Pairs (pour analyser collectivement des situations entre pairs et fournir un soutien psycho affectif dans des situations difficiles d'erreurs ou d'événements indésirables). Groupes Balint (Prise en charge de la dimension Relationnelle). Pédagogie de l'Erreur : se servir de l'erreur comme substrat formatif.
N	Groupe Balint (prise en charge des aspects psycho relationnels). Groupe de Pairs (ajout de la dimension technique au Balint).
O	Pouvoir parler avec des confrères de la situation d'événement indésirable afin de se soulager psychologiquement – le cas échéant - et avoir d'autres regards sur sa pratique. Groupe de pairs .

5. DISCUSSION.

5.1.A PROPOS DE CE TRAVAIL.

5.1.1. Caractère original.

Ce travail présente plusieurs aspects qui lui confèrent son intérêt et un caractère original.

Par le thème abordé.

Nous avons choisi d'étudier le phénomène des événements indésirables dans le Système de Santé. Or à l'heure actuelle, un malaise encore important entoure ces situations. S'intéresser aux événements indésirables, c'est traiter d'un sujet sensible, sinon tabou pour la plupart des soignants.

Nous souhaitions traiter de l'*erreur médicale* dans notre étude, mais cette notion étant plus encore connotée péjorativement, il nous est apparu que seul son traitement conjoint avec la notion d'*événement indésirable* nous permettrait de l'aborder d'une manière relativement sereine.

Par l'aspect du thème envisagé.

Le patient est victime de la Maladie ; il est parfois victime du Soin. Dans le traitement actuel des événements indésirables, ce positionnement du patient en victime isolée et unique, parfois martyr, prévaut largement. Les aspects médico-légaux et macro-économiques sont repris à foison par les médias, qui rapportent de temps à autre au public des situations malheureusement stéréotypées et peu représentatives.

Pendant nos études de Médecine, nous avons quelquefois éprouvé le sentiment que certaines situations que nous rencontrions, et où nous avons parfois commis quelque erreur, retentissaient sur notre pratique et sur nos émotions. Plus que nous ne l'aurions souhaité et certainement plus que ce dont nous avons initialement conscience.

Cette impression préfigurait l'idée d'un médecin « seconde victime » des erreurs ²⁷, et en toute logique des événements indésirables. Les pratiques professionnelles et le vécu psycho-relational du médecin devaient être sensiblement influencés. Nos recherches personnelles ne nous ayant pas permis de répondre à cette question, nous avons décidé d'orienter notre travail vers cet angle original, et de cibler les conséquences des événements indésirables sur les médecins.

Par le champ d'investigation.

Soucieux de fournir un travail utile à la Médecine Générale, nous avons réalisé une étude dédiée aux Soins Primaires. Le faible nombre de travaux sur les événements indésirables réalisés en ambulatoire, souligné par un article ⁸, et non démenti lors de nos recherches peu fructueuses, nous a conforté dans cette démarche.

Par le type de travail réalisé.

Nous avons davantage de soupçons que de réelles certitudes concernant l'impact des événements indésirables sur les médecins généralistes. Nos recherches, parce qu'elles n'ont mis en évidence qu'un nombre réduit de données éparses, ne permettaient pas d'entreprendre un travail d'emblée quantitatif. Nous avons ainsi choisi de réaliser une étude qualitative.

Par la méthode utilisée.

Par delà les barrières linguistiques, nous avons observé d'abord en discutant avec nos collègues et ensuite lors de nos recherches, que les notions d'*événement indésirable*, d'*erreur médicale*, ou de *iatrogénie* n'étaient pas abordées de manière univoque selon les individus.

Nous avons donc fondé notre travail sur des entretiens auprès de médecins généralistes, afin d'y recueillir leurs représentations des éléments conceptuels, puis de mettre en évidence un impact sur leurs pratiques. Un questionnaire même ouvert nous a paru inapproprié, en l'absence de données suffisamment nombreuses sur le sujet. Il nous a semblé primordial de garder un cadre lors des entretiens et d'interroger les médecins sur un certain nombre de thématiques tout en leur permettant une liberté dans la parole et dans le déroulement de l'entretien.

L'entretien semi dirigé autorisant à la fois une liberté de parole et le maintien d'un cadre, il nous est apparu comme la méthode la plus appropriée à nos objectifs d'étude ^{30,31}.

Par la variété des faits exposés.

L'activité et le type de patientèle des médecins interrogés étaient assez homogènes. Les situations rapportées sont le reflet assez fidèle de l'activité d'un médecin généraliste français que nous pourrions globalement définir : homme ou femme, d'une cinquantaine d'année, exerçant seul ou en groupe, en milieu rural ou urbain, depuis une vingtaine d'année.

Nous avons pu recueillir 66 situations réelles, issues de la pratique de médecins généralistes ; ces situations sont d'une grande variété et abordent plusieurs problématiques (diagnostique, thérapeutique, relationnelle, éthique, formative, médico-légale etc.) rencontrées en Soins Primaires.

5.1.2. Limites de l'étude.

Nous avons identifié un certain nombre de limites à notre travail ; certaines limites sont indissociables de la méthodologie utilisée, d'autres sont plus spécifiques à notre travail.

Inhérentes au thème général abordé.

Plus encore que pour tout autre individu, le thème des événements indésirables peut générer trouble et malaise chez les médecins. **L'événement indésirable, comme l'erreur médicale, constituent un paradoxe gênant : provoquer la Maladie chez celui qui vient pour être soigné.**

En dehors des conséquences judiciaires ou juridictionnelles que peuvent craindre les médecins, ces situations paradoxales les placent parfois dans une problématique d'échec ou de « faute » (par rapport à eux, aux autres et aux règles) ⁵. Tous ces éléments peuvent peser lourdement sur la pensée des médecins, et rendre difficile le dialogue autour de ces situations ; d'autant plus qu'il sera question d'une erreur, parfois d'une de leurs erreurs.

En pratique, si certains médecins ont abordé apparemment sereinement les entretiens, d'autres en revanche nous ont paru **plus mal à l'aise**. Cette tension a pu influencer notablement les éléments de réponse de certains médecins, et **certaines situations ne nous ont peut être pas été rapportées**.

Inhérentes à la population étudiée.

Nous avons conduit notre enquête auprès de praticiens en Soins Primaires mais si tous étaient bien médecins généralistes, tous étaient également maîtres de stage (en Troisième Cycle de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Lyon).

Par delà l'aspect pratique, c'est surtout l'existence d'une démarche volontaire à être maître de stage, **garante théorique d'une participation plus importante** aux études, qui nous a fait choisir cette population particulière. De plus, la volonté de ces médecins à enseigner la Médecine Générale aux étudiants, implique probablement des démarches plus fréquentes de formation continue, de remise en cause ou de réflexion sur leurs pratiques.

Si ces qualités ont vraisemblablement facilité l'obtention de données, elles sont synonymes de **biais dans le recrutement**. Notre échantillon n'est au final représentatif que de cette population particulière de médecins généralistes. Une **seconde étude** réalisée sur un échantillon constitué par

des **généralistes non maître de stage, représentatif** de la population globale des médecins généralistes français constituerait une démarche intéressante.

Inhérentes à la constitution de l'échantillon.

Nous avons sélectionné les médecins participant à l'étude, sur la base d'une **participation volontaire**. Le courrier électronique de recrutement, qui a été adressé à l'ensemble des médecins généralistes, restait peu explicite afin de ne pas influencer les réponses des futurs participants.

Mais de ce fait, nous n'avons pu atteindre que les **médecins les plus motivés** (comme dans toute démarche basée sur le volontariat) et ceux qui se sont sentis **touchés par le sujet**. Ces deux aspects constituent d'autres **biais de recrutement**.

Inhérentes à la méthodologie d'entretien.

Plusieurs limites peuvent être distinguées dans la méthodologie d'entretien que nous avons utilisée.

Un interviewer également médecin.

Nous avons réalisé tous les entretiens de l'étude et avons éprouvé plusieurs fois le sentiment qu'un lien étroit s'était rapidement instauré avec le médecin interviewé.

Nous avons précisé aux médecins que nous ne portions pas de jugement sur leur pratique, mais nous pouvons supposer que les médecins interrogés ne nous aient pas rapporté certaines situations, notamment celles d'erreurs médicales, plus lourdes et moins anodines.

Consciemment ou non de la part des médecins, nous pouvons formuler l'hypothèse de **l'existence de retenue**, à nous parler de situations difficiles et délicates, dans lesquelles les médecins ne se sont pas sentis très « méritants ».

Notre position de futur médecin généraliste a donc pu jouer un **rôle variable et parfois paradoxal : favoriser la parole ou l'inhiber**.

Conditions d'entretiens.

Nous avons précisé aux médecins que les entretiens seraient enregistrés puis transcrits par nos soins. Nous leur avons ainsi garanti un total anonymat. Cependant, nous pouvons spéculer que **l'existence de traces** (enregistrements puis transcriptions), ait pu consciemment ou non induire également une **retenue** dans le discours des médecins.

L'utilisation d'un appareil numérique de faible taille, sans caractère ostensible, et ne nécessitant aucune manipulation après sa mise en route permettait un déroulement le plus naturel possible de la discussion. Mais nous avons eu le sentiment que la vision de l'appareil enregistreur avait gêné certains interlocuteurs. Si éthiquement, la conservation de traces orales ou écrites à l'insu des médecins est inenvisageable, reconnaissons lui peut-être un intérêt certain dans l'obtention de données...

Biais de mémoire.

Notre étude était **rétrospective**, puisque pendant l'entretien nous demandions aux médecins de se remémorer des faits survenus dans leurs pratiques. Il ne leur était pas demandé de réfléchir avant notre rencontre aux événements indésirables qu'ils auraient rencontrés et qu'ils pourraient nous rapporter.

Nous avons délibérément opté pour cette spontanéité, estimant que cette approche permettrait l'évocation des situations les plus marquantes. Cependant, les médecins ont pu oublier avec le temps certains événements indésirables ; ils n'ont bénéficié par ailleurs que d'un délai de réflexion très court pour se rappeler de ces situations.

A l'évidence, ils nous ont peut être davantage rapporté les situations dont ils se souvenaient ... que les situations réellement marquantes. Néanmoins, nous avons estimé qu'une réflexion préalable des médecins (avant l'entretien) aurait introduit un **bias de mémoire** encore plus important (sélection des situations rapportées sur d'autres critères).

Caractère semi dirigé de l'entretien.

Lors d'un entretien semi dirigé, il s'agit pour l'interviewer ³¹ d'alterner au cours de la discussion:

- des **phases directives** où il s'attache à intervenir pour guider le thème et aborder une thématique particulière.
- et des **phases non directives**, où il doit soutenir le discours et faciliter l'expression de la personne interrogée sur le thème qu'elle a abordé.

Nous avons essayé d’avoir un discours le moins directif possible, afin de minimiser les projections de nos représentations et de nos opinions sur le médecin. Nos paroles ont néanmoins pu influencer le discours des médecins.

De plus, si nous avons effectué préalablement un rodage de plusieurs entretiens en condition avant de débiter ceux des médecins généralistes, nous avons le sentiment que nous étions de plus en plus à l’aise avec le nombre d’entretiens réalisés. Cette aisance a également pu influencer le déroulement des entretiens.

Inhérentes à la méthodologie d’analyse.

Après avoir réalisé le verbatim de chaque discussion, nous avons procédé à l’identification des éléments de discours, puis à leur classement. Nous avons veillé à maintenir une approche la plus objective possible, **en évitant les écueils d’une interprétation des propos rapportés.**

Mais deux éléments viennent jouer les parasites :

- **l’existence de notes rédigées « à chaud »** après chaque interview, reprenant les points que nous considérons marquants ou les émotions que nous avons ressenties.
- **nos représentations et nos opinions** conditionnent notre approche analytique du problème, et peuvent avoir **interféré avec une neutralité** voulue mais impossible.

De ce fait, nous devons envisager l’existence d’un **biais d’interprétation**, difficilement quantifiable.

5.2.DE L’IMPORTANCE DU CADRE CONCEPTUEL.

5.2.1. *Événement indésirable et Erreur Médicale*, des représentations variables selon les médecins.

Points fondamentaux.

Ce que nous pressentions avant de débiter le travail est confirmé par les résultats que nous avons obtenus. Nous avons ainsi observé une **variabilité importante des représentations** des médecins généralistes à propos des notions d’*événement indésirable* et d’*erreur médicale*.

Positionnement des notions d'événement indésirable et d'erreur médicale.

Certains généralistes ont **spontanément cité la notion d'erreur médicale comme faisant partie intégrante des événements indésirables**. Ils distinguent cependant les deux notions, notamment selon le degré de responsabilité du médecin dans la survenue de l'événement mais il n'existe **pas de consensus net**.

Effets sur le patient.

Si nous pouvons mettre en évidence à travers les entretiens, **la notion de dommages potentiels et variés pour le patient** suite à un événement indésirable ou à une erreur médicale, plusieurs médecins nous ont rapporté un caractère de **gravité plus marquée** dans le cas d'une **erreur médicale**.

Pour certains médecins, c'est même la gravité d'une situation qui permet sa qualification en erreur médicale. La gravité variant parfois considérablement selon les points de vue, on ne peut selon nous se restreindre à ce seul critère.

Effets sur le médecin.

Nous pouvons distinguer deux tendances dans les propos des médecins :

- **L'événement indésirable** génère un **désagrément** pour le médecin généraliste, éventuellement des modifications secondaires de sa pratique mais finalement **peu de conséquences morales ou psychiques**. Les **conséquences** sont **réduites pour les médecins**.
- **L'erreur médicale** entraîne fréquemment par **ricochet** des **conséquences**, essentiellement **morales** ou **psychoaffectives** ; l'erreur médicale est source de **culpabilité**, plus que l'événement indésirable.

A travers ces deux tendances, nous sommes tentés de voir un **effet de la culture de culpabilisation** dans laquelle nous vivons, idée d'ailleurs exprimée dans certains entretiens. Nous pouvons dire que **le médecin est avant tout victime de l'erreur médicale par le sentiment de culpabilité qu'elle induit chez lui**.

Champ diagnostique, champ thérapeutique.

A l'évidence, la **différentiation** des notions d'événement indésirable et d'erreur médicale **ne peut se faire à ce niveau** : les médecins généralistes ont cité sensiblement les mêmes éléments pour les deux notions.

Ce point nous paraît essentiel, car il **tend à démontrer que la nature d'une situation** au sens strict du terme **ne suffit pas à la qualifier** d'erreur médicale ou d'événement indésirable. Cela explique les **limites floues** entre les deux notions, idée également exprimée dans les entretiens.

Champ relationnel.

Dans certain cas, l'erreur médicale ou l'événement indésirable n'intéressent que la dimension relationnelle du Soin. Cette idée remarquable a été exprimée dans plusieurs entretiens et démontre selon nous **toute la place de la relation médecin – patient en Médecine Générale, et l'importance des aspects relationnels pour les médecins généralistes.**

Responsabilité

Nous avons observé **toute une gradation dans le degré de responsabilité** attribué au médecin dans la survenue d'un événement indésirable ou d'une erreur médicale.

La **notion de faute** a été citée à la fois pour qualifier l'événement indésirable et l'erreur médicale. Mais une tendance se détache dans les entretiens : **le degré de responsabilité du médecin dans l'événement indésirable est moindre que dans l'erreur médicale.** Se rapprochant alors de la notion anglo-saxonne de *negligence* déjà abordée, certains médecins attribuent un **caractère d'intentionnalité à l'erreur médicale** tandis que la **notion d'erreur involontaire** a été citée **pour l'événement indésirable.**

Prévention.

Sur ce point précis, les médecins nous ont rapporté des **données contradictoires.** Certains ont évoqué un **caractère d'impondérabilité** pour les événements indésirables, qui surviendraient au hasard et ne seraient dès lors pas prévisibles. D'autres ont exprimé l'existence **d'événements indésirables évitables** par leurs **caractères connus et prévisibles**, et d'**événements indésirables inévitables**, car inconnus des médecins.

L'erreur médicale, toute **inéluçtable** qu'elle soit selon les médecins, reste **prévisible.**

Conclusion.

La limite entre événement indésirable et erreur médicale reste ténue et floue.

Il n'existe pas de critère unique permettant de distinguer définitivement les deux, si ce n'est peut être une intentionnalité, mais qui revêt alors une connotation judiciaire.

5.2.2. Importance d'un cadre conceptuel bien précis.

5.2.2.1. Qualification des faits.

Nous avons pu mettre en évidence cette problématique dans notre étude.

Parmi les 66 situations rapportées, si nous basions notre travail sur une identification des faits (en événements indésirables ou en erreur médicale) effectuée par les médecins, la proportion d'événements indésirables est de 68 % contre 30 % d'erreurs médicales (et 2 % de situations non qualifiées). Si nous utilisons la taxonomie de l'erreur médicale de P. Klotz, **les proportions s'inversent totalement avec 64 % d'erreurs médicales contre 36 % d'événements indésirables.**

Si la difficulté à reconnaître ses erreurs peut expliquer en partie cette inversion, elle ne suffit pas à l'expliquer en totalité. Seul **un cadre conceptuel plus large permet de qualifier davantage de situations en erreurs médicales.**

La réalisation d'une étude sur les événements indésirables ou l'erreur médicale nécessite la mise au point d'un cadre conceptuel précis : **il faut s'entendre sur les définitions pour chacune des notions, au risque sinon de passer à côté de certains événements.**

5.2.2.2. Définitions d'événement indésirable et d'erreur médicale.

Nous avons testé deux définitions dans ce travail auprès des médecins généralistes.

🚦 *Celle concernant l'événement indésirable.*

L'accueil de la définition a été plutôt bon, avec un degré d'adhésion totale majoritaire, les médecins lui reprochant surtout **d'être trop large et de ne pas assez intégrer la dimension du soignant.**

Concrètement, il nous semble que cette définition pourrait être utilisée dans une étude plus importante ; mais on peut effectivement se poser la question de lui adjoindre une partie spécifiquement dédiée au médecin.

🚦 Celle concernant l'erreur médicale.

N'abordant pas les notions de fautes, d'échec ou de méprise, cette définition purement fonctionnelle a déjà été utilisée dans une autre étude ²¹ avec succès. Dans notre cas, les **réactions** ont été beaucoup **plus mitigées**, avec beaucoup moins d'adhésion de la part des médecins, qui lui ont notamment reproché **d'être utopique, trop centrée sur l'erreur médicale et sur le médecin**.

Avant toute chose, il n'y a pas de paradoxe dans le reproche fait par certains médecins « d'être trop centrée sur l'erreur médicale », car **aucun ne savait qu'il s'agissait d'une définition de l'erreur médicale**. Nous avons décidé de soumettre cette définition car elle nous semblait un **bon compromis pour détecter des événements indésirables**, ce que nous estimons vérifié par les 66 faits obtenus.

Si nous avons décidé de cacher au médecin la notion réellement définie, c'était aussi pour tenter d'explorer l'erreur médicale avec le médecin, sans avoir à prononcer le terme nous même, ce qui a pu être fait dans certains entretiens.

🚦 Synthèse.

A l'issue de ce travail, il nous semble clair qu'**une dimension manque à la définition des événements indésirables** actuellement, **celle du soignant**. Nous proposons de définir les événements indésirables comme *tout effet fâcheux, immédiat ou différé, sur la santé des individus ou des populations, survenu à la suite de soins préventifs ou curatifs, également susceptible d'entraîner des répercussions sur les soignants ou leur exercice*.

En outre, il nous semble **opportun d'incorporer l'erreur médicale à la notion d'événement indésirable**, afin de minimiser la connotation judiciaire de faute, la **rendre plus acceptable** pour les médecins et tenter de faire de son **acceptation un bon usage pour la Médecine** ¹².

5.3.IMPACT DES EVENEMENTS INDESIRABLES SUR LA PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES.

5.3.1. Importance de l'impact.

Les résultats que nous avons obtenus, suggèrent qu'il existe **un impact de vaste ampleur des événements indésirables sur les médecins généralistes**.

Fait particulièrement illustratif, parmi les 66 situations rapportées seule une situation n'a pas engendré de conséquence sur le médecin ; toutes les autres ont eu un **double impact : à la fois sur le médecin lui-même (retentissement psychosocial), et à la fois sur sa pratique professionnelle** au sens strict du terme. L'impact est décuplé par le fait qu'**un seul événement indésirable peut avoir plusieurs conséquences**. Cela explique que nous ayons identifié un nombre d'éléments d'impact beaucoup plus élevé que le nombre de faits rapportés (274 versus 66).

5.3.2. Variabilité de l'impact.

Si les répercussions sont très fréquentes, elles sont également très variables, cela à plusieurs points de vue.

 *Variabilité temporelle : rémanence et caractère différé.*

Tout d'abord certains événements indésirables ont induit des modifications de pratique qui se sont révélées **durables**, sans connaître de fluctuation par la suite ; d'autres situations n'ont entraîné qu'un changement **temporaire**, mais de durée variable.

Nous proposons donc de parler de **rémanence**. Notre analyse des faits rapportés par les médecins, suggère que **cette rémanence est parfois plus empreinte d'une émotion de la part du médecin, que d'une réelle gravité au plan médical**.

A ce titre, certains faits rapportés par les médecins ont un caractère quasi anecdotique, en étant cependant inducteurs de modifications profondes et durables.

Ensuite, l'impact apparaît parfois de manière différée par rapport à l'événement indésirable considéré. Dans certains cas, le médecin généraliste peut n'avoir eu **connaissance de l'événement indésirable que de manière retardée**, expliquée souvent par un défaut de communication entre acteurs du Système de Santé.

Dans d'autres cas, c'est la **qualification du fait en événement indésirable qui s'accomplit de manière différée**.

Nous pouvons avancer plusieurs hypothèses explicatives.

- *Première hypothèse* : Au moment où le fait s'est produit, aucune donnée ne permettait de qualifier la situation d'événement indésirable. C'est moyennant la mise en place de nouvelles recommandations ou l'émergence de nouvelles connaissances que l'identification peut s'opérer.
- *Seconde hypothèse* : C'est par l'évolution d'une situation que le médecin lui attribue rétrospectivement un caractère indésirable.
- *Troisième hypothèse* : Bien que l'événement indésirable soit patent, le médecin généraliste ne l'intègre pas immédiatement. Nous ne voulons pas penser que cette démarche puisse être consciente, car elle supposerait une éthique plus que douteuse. Nous y voyons l'effet d'un probable **mécanisme inconscient de protection psychique** que peuvent mettre en place les médecins. Nous pensons qu'il s'agit là d'une **capacité à refouler certains événements**, qui peuvent être émotionnellement chargés, comme l'ont rapporté certains médecins lors des entretiens.

Variabilité d'intensité :

L'impact revêt une **intensité extrêmement variable**. Nous préférons utiliser la notion d'intensité, plutôt que celle de gravité, dépréciative et « imprécise » (ce qui est grave pour un médecin, ne l'est peut être pas autant pour un autre).

Ainsi, certains événements indésirables n'ont qu'un impact modéré, **réduit** à un champ très précis de la pratique médicale. D'autres événements indésirables ont un impact beaucoup plus **important** quand il s'agit d'une modification affectant un pan entier de l'examen clinique par exemple, réalisé par le médecin. Par ailleurs, certains médecins ont rapporté des modifications de pratique ayant acquis un **caractère systématique**, ce qui accentue l'intensité globale de l'impact. Par exemple, un des médecins interrogés a rapporté effectuer une mesure *systématique* de la clairance rénale après un traitement par AINS chez un sujet âgé; un autre réalise *systématiquement* un dosage des betaHCG en cas de troubles menstruels chez une femme en âge de procréer.

D'après nos recherches bibliographiques, cette variabilité dans le temps et dans l'intensité si elle semble évidente n'avait jusqu'alors jamais été formalisée sinon étudiée.

5.3.3. Une Pratique Médicale touchée dans son intégralité.

Aucun aspect de la pratique médicale n'est à l'abri d'une modification secondaire à la survenue d'un événement indésirable.

5.3.3.1. Impact sur la démarche diagnostique.

L'analyse des faits rapportés montre que la démarche diagnostique des médecins généralistes peut être effectivement atteinte et à plusieurs niveaux:

- dans **ses aspects cliniques** avec par exemple l'apparition de questionnements systématiques à l'interrogatoire des patients ou de modification de durée de l'examen clinique.
- dans **ses aspects paracliniques** avec des recours plus fréquents sinon systématiques aux examens complémentaires dans certaines situations ou des recours plus rapides à l'avis spécialisé ou à l'hospitalisation, notamment dans les pathologies psychiatriques.
- dans le **déroulement global de la consultation**, avec par exemple un allongement du temps imparti à l'écoute du patient, ou à chacun des temps de la consultation (d'où un allongement de la durée moyenne de consultation).

Bien que les éléments d'impact sur la démarche diagnostique ne représentent que 16 % des éléments totaux identifiés, il faut dépasser cette dimension purement numérique pour considérer la véritable importance de ce résultat : c'est tout le raisonnement clinique qui est susceptible d'être modifié, avec **par ricochet un retentissement sur les démarches paracliniques et thérapeutiques.**

5.3.3.2. Impact sur la démarche thérapeutique.

Dans l'esprit du patient, la démarche thérapeutique parachève la consultation. L'existence d'un impact sur la démarche thérapeutique apparaît nettement dans nos résultats.

- dans la **prescription médicamenteuse** : avec l'arrêt de prescription de certaines substances ou l'évaluation systématique du rapport bénéfice / risque.
- dans la **réalisation d'actes thérapeutiques** avec une attention toute particulière dans la réalisation des actes..
- dans la mise en place de **la surveillance d'un patient ou d'une pathologie**, en déléguant par exemple beaucoup moins fréquemment la surveillance à la famille ou en recourant plus systématiquement à des examens biologiques.
- dans la **conception même des objectifs de soin**, en impliquant davantage le patient dans les choix thérapeutiques s'offrant à lui.

5.3.3.3. Impact sur la compétence professionnelle.

Intimement liée et donc indissociable de la pratique, la compétence professionnelle est également influencée par les événements indésirables.

Deux résultats nous paraissent essentiels :

✚ **L'événement indésirable peut induire chez le médecin généraliste une autoévaluation de sa compétence professionnelle.**

A l'occasion d'un événement indésirable, le médecin peut éprouver un défaut de compétence ; ce défaut est plus souvent ciblé et restreint à un domaine de la pratique en rapport avec l'événement indésirable.

✚ **L'événement indésirable peut induire chez le médecin généraliste une démarche de formation.**

Ces démarches formatives peuvent être de deux types.

- Soit elles sont ciblées à un **domaine particulier**, s'intégrant à un processus d'évaluation des compétences, comme cité plus haut : **le médecin généraliste se forme là où il se sent non compétent.**
- Soit elles sont plus **générales** et procèdent de démarches personnelles du médecin, à se former régulièrement et à recycler ses connaissances.

Dans tous les cas, le simple fait que les événements indésirables puissent être inducteurs de démarches formatives représente un résultat majeur.

Nos recherches n'ont pas trouvé de travaux existant abordant ce point particulier. Certaines études abordent la question des compétences en l'intégrant à une dimension sensiblement différente, de l'ordre de l'identité professionnelle des médecins après survenue d'un événement indésirable^{28,35}.

5.3.3.4. Données de la littérature.

Nous avons identifié des travaux anglo-saxons mentionnant l'existence d'impacts des événements indésirables sur la pratique des médecins^{28,29,35,36,37}. Ces travaux mettent également en évidence des répercussions sur la pratique, dans plusieurs domaines que nous avons envisagés.

Ces études montrent principalement :

- une augmentation du recours aux explorations paracliniques par les médecins³⁶ (parfois injustifiées, la clinique étant suffisante à la prise de décision)
- une augmentation du recours aux avis spécialisés.²⁹

Bien que ces résultats soient superposables à ceux que nous avons obtenus, nous devons néanmoins les distinguer. D'une part, ces études ne concernent pas spécifiquement les Soins Primaires et d'autre part, elles abordent la problématique sous un angle sensiblement différent. Elles se focalisent sur l'aspect de *defensive medecine* (traduisible littéralement par *médecine défensive*) et traitent des modifications survenant dans des cas de *malpractice*. Notre enquête ne ciblait pas cet aspect particulier. Si nous avons pu rattacher certaines répercussions à des aspects médico-légaux, leur importance relative reste faible (7%), d'autant que ces répercussions se répartissent dans tous les domaines de la pratique (diagnostique, thérapeutique etc.)

5.3.4. Un impact psychosocial majeur.

Pratiquement les deux tiers des éléments d'impact des événements indésirables que nous avons identifiés sur les médecins généralistes, concernent le domaine psychosocial.

Ce résultat nous a **surpris pas son ampleur** ; nous pensons qu'il revêt une importance considérable : car la Médecine, notamment la Médecine Générale, procède avant toute chose d'une relation entre le médecin et le patient. Cette relation est à la base des processus de Soins, **un impact d'ordre psychoaffectif sur l'un des protagonistes peut influencer sur la relation et de ce fait sur tout le Soin.**

5.3.4.1. Le médecin généraliste : victime morale et psychique.

Nous avons mis en évidence un riche panel d'éléments psychoaffectifs ressentis par les médecins lors d'un événement indésirable ; certains médecins nous ont même décrit des répercussions physiques (à type de troubles du sommeil). Parmi ces éléments, nous en avons identifié trois qui dominent largement et constituent **près de la moitié de l'impact psychique** des événements indésirables identifiés :

- La **CULPABILITE** tout d'abord.
- Le **STRESS psychique** ensuite.
- La **COLERE** enfin.

Le poids psychique ou moral de ces sentiments peut s'avérer très lourd pour un médecin généraliste, d'autant plus qu'il est isolé, sans possibilité d'exprimer ce que nous pouvons qualifier de **souffrance**. Nous avons également identifié de la **peur, de l'anxiété, de la tristesse** et des **sentiments de doute**. Dès lors qu'il y a souffrance morale ou psychique pour le médecin généraliste, nous pouvons donc bien parler de **victime**, ou de **seconde victime**²⁷.

La composante émotionnelle constitue donc un élément majeur de l'impact des événements indésirables sur les médecins généralistes. Cet aspect a déjà fait l'objet de travaux^{38,39}, dont un en Soins Primaires³⁸. Cependant ils ciblaient spécifiquement des cas d'erreurs médicales (*mistakes*), qui sont - nous le pensons - plus pourvoyeurs d'éléments psychoaffectifs, notamment de culpabilité.

Nous spéculons que cet aspect constitue une **problématique majeure** qui reste insuffisamment prise en compte, alors qu'elle joue un rôle plus que certain dans le phénomène de **burn-out des médecins généralistes**⁴⁰ (traduisible par *surmenage* ou *épuisement professionnel*).

Si actuellement la prise en charge psychoaffective des patients victimes d'événements indésirables est loin d'être optimale⁴, celle des médecins est pour le moins quasi inexistante.

5.3.4.2. Impact social et relationnel : démarches de dialogue.

Les entretiens mettent en évidence trois éléments fondamentaux.

Premier élément.

Tout d'abord, en Médecine Générale la **relation médecin – malade peut être modifiée par la survenue d'un événement indésirable**. Parmi les faits rapportés par les médecins interviewés, si la relation est parfois rompue, dans d'autres cas, la relation s'est au contraire renforcée. Dans tous les cas, le degré de solidité de la relation est intimement lié à la confiance du patient en son médecin.

Second élément.

Ensuite, il existe une **volonté, sinon un besoin, manifeste de la plupart des médecins généralistes interrogés à vouloir dialoguer avec le patient suite à la survenue d'un événement indésirable**. Pour certains, cette démarche de dialogue peut concerner la famille du patient, ou les autres protagonistes (professionnels de santé notamment) impliqués dans la prise en charge. Nous pouvons distinguer deux types de **démarches de dialogue** :

- Soit il s'agit pour le médecin de s'expliquer avec le patient pour justifier sa prise en charge et nous sommes dans une **démarche explicative ou informative**.
- Soit il s'agit pour le médecin de s'excuser auprès du patient, et nous sommes dans une **démarche d'excuse**.

Interrogés sur la portée de cette démarche de dialogue, les médecins lui ont attribué plusieurs qualités :

- **Apaisement psychique et moral pour le médecin.**

Le médecin généraliste peut faire son *mea culpa*, lorsqu'il a le sentiment d'avoir commis une erreur. Cet acte lui permet de libérer sa conscience du sentiment de culpabilité. Plusieurs situations rapportées par les médecins s'inscrivent dans cette démarche.

- **Apaisement psychique pour le patient.**

Suite au *mea culpa* du médecin ou à la reconnaissance de son statut de victime d'événement indésirable, le patient peut se sentir entendu, et en être soulagé. Ce sentiment nous a été indirectement rapporté dans quelques situations.

- **Restauration possible de la relation médecin patient.**

Le dialogue avec le patient peut restaurer une confiance perdue envers le médecin et avec elle, la relation médecin – patient tout entière.

- **Réduction du risque de recours médico-légal.**

Le dialogue avec le patient peut permettre d'éviter l'engagement d'un recours médico-légal par le patient, notamment par son apaisement psychique comme décrit plus haut.

 *Troisième élément.*

Enfin, **l'événement indésirable peut également modifier les relations du médecin généraliste avec les autres professionnels du système de santé** (médicaux, paramédicaux ou autres intervenants).

5.4. UNE PRESSION MEDICOLEGALE IMPORTANTE SUR LES MEDECINS.

Le recensement des éléments de discours en rapport avec les aspects médico-légaux a révélé des propos parfois chargés d'une **rare intensité**. Nous avons décidé d'aller au-delà d'une simple collecte de ces phrases et avons étudié les champs lexicaux mis en œuvre.

La présence de ceux de la **JUSTICE**, de la **PROTECTION**, du **DANGER**, de la **MEDECINE**, de la **PEUR** et de **L'ANGOISSE** nous paraît révélatrice de la pression que ressentent les médecins vis-à-vis des aspects médico-légaux.

Il nous semble qu'il s'agit là d'un autre **type d'impact, indirect**. La dimension médicolégale est quasiment intégrée par tous les médecins, même si c'est un processus récent pour certains. Elle donne lieu à des modifications de pratique, dont deux principales.

- **Conservation de traces.**

Les médecins généralistes ont intégré à leur pratique une démarche systématisée pour certains de conservation d'une trace de leurs interventions.

- **Recours paraclinique ou spécialisé, parfois non rationnel** au plan clinique mais dans une **optique défensive**.

Cette pression concourt également au syndrome de *burn-out*⁴⁰ déjà abordé, tout comme celle liée au processus de réduction des coûts du système de santé, qui nous a été également rapporté.

5.5.DES MEDECINS GENERALISTES QU'IL FAUT PRENDRE EN CHARGE.

5.5.1. Une écoute des médecins généralistes avant tout.

Mise en mot.

Un des médecins interrogés a exprimé au mieux le sentiment que nous avons à l'issue de ce travail sur le principal élément de prise en charge à proposer à des médecins généralistes, victime des événements indésirables.

« Un praticien de médecine générale c'est quelqu'un à qui on demande douze heures par jour d'être à l'écoute des gens, de communiquer, de faire preuve d'empathie, de sympathie, le moins possible d'apathie et à fortiori d'antipathie. On écoute ses maux, la reformulation et tout ce qui permet au patient de se sentir pris en charge. Quel est le personnage de la société qui est le plus mal écouté ??? C'est le médecin généraliste, ses patients ne sont pas là pour l'écouter, loin de là, sa famille, elle ne l'écoute pas... Il soigne les autres, il est forcément en bonne santé, les amis, c'est le ténor ! Il soigne tout le monde, le médecin généraliste il n'a pas de problème... le médecin en général c'est un peu une personne qui n'est jamais écoutée. »

Justification.

Est-ce à dire que l'écoute s'avère **suffisante**, non, **certainement pas**, mais elle constitue **un préalable indispensable** car elle permet la **dialogue** autour de ces situations. Le dialogue nous paraît être un élément clef dans une stratégie de prise en charge des médecins généralistes:

- **Au plan psycho affectif :**

Le dialogue permet au médecin généraliste touché par un événement indésirable de **se confier**, et donc de **se libérer** en partie du **fardeau moral** et psychique qui peut être le sien. **D'autres** médecins généralistes **peuvent s'identifier** également, se sentir eux aussi soulagés, au moins de n'être pas seuls. **Il y a donc nous le pensons véritablement une forme de soin pour les médecins dans la parole autour de ces situations.**

- **Au plan de la pratique et de la compétence professionnelle :**

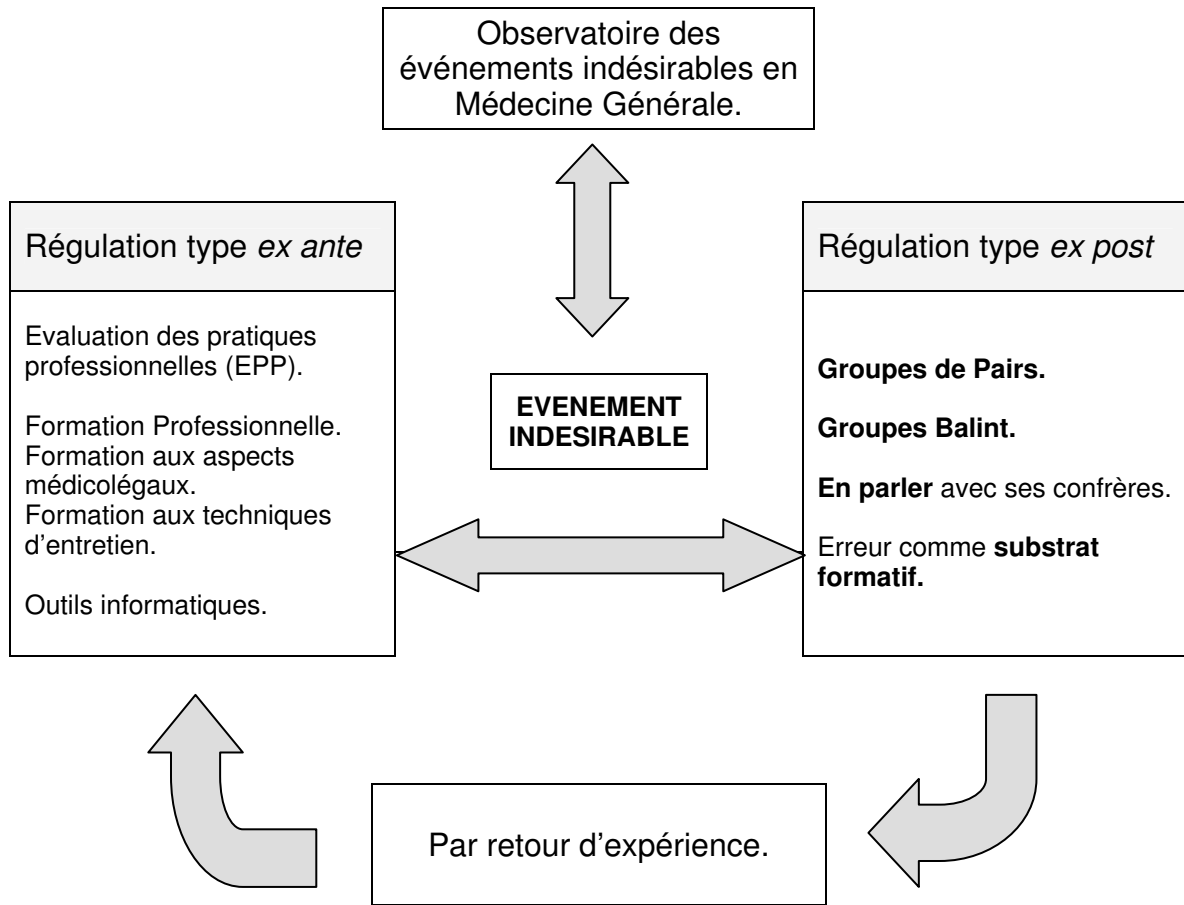
Le médecin généraliste par diffusion de sa propre **expérience sur une situation d'événement indésirable** peut considérablement **enrichir celle de ses collègues**. La discussion autour d'un cas constitue une **technique d'apprentissage** relativement **novatrice** car les retours de ces collègues sur la prise en charge globale peuvent lui fournir un nouvel éclairage.

Nous pensons que ces deux aspects expliquent la fréquence élevée de citation des **groupes de pairs et des groupes Balint** par les médecins interrogés comme éléments de prise en charge à proposer aux médecins. Visiblement, plusieurs médecins interrogés étaient d'ailleurs dans une démarche de ce type. Quand ils ne citaient pas groupe de pairs et Balint, les médecins en citaient des processus intégrés à ces deux démarches comme le **fait de se confier, de se servir de l'événement indésirable ou de l'erreur** comme ce que nous pourrions appeler un **substrat formatif**.

5.5.2. Une stratégie de régulation des événements indésirables en Médecine Générale ciblée sur le médecin.

Parmi les éléments de prise en charge que nous ont rapportés les médecins interrogés, certains sont existants, tandis que d'autres pourraient être mis en place, comme par exemple un **Observatoire des événements indésirables dédié à la Médecine Générale**.

Nous proposons de les intégrer dans un mécanisme de régulation *ex ante* et *ex post* selon le schéma suivant.



CONCLUSIONS.

Le médecin généraliste est parfois confronté à la survenue d'événements indésirables lors de la prise en charge de patients. Si beaucoup de ces incidents restent encore attribués à une certaine Fatalité, l'exigence croissante de qualité des Soins confronte plus que jamais les médecins généralistes – humains et faillibles – à leurs erreurs. Dépassant l'erreur médicale, galvaudée par la connotation judiciaire associée, ces événements dits iatrogènes sont d'une extrême variété, tant par leur nature que par les répercussions engendrées sur la santé des patients.

Si le débat actuel se focalise essentiellement sur les conséquences pour les patients et sur les coûts socio-économiques, nous nous sommes interrogés sur l'existence de conséquences au niveau des médecins généralistes, parfois qualifiés de « seconde victime ». Les principaux objectifs de notre travail sont d'évaluer les répercussions des événements indésirables (erreurs médicales comprises) sur la pratique des médecins généralistes et d'étudier leurs représentations des notions d'événements indésirables et d'erreurs médicales. Nous avons réalisé pour cela une étude qualitative à partir de témoignages recueillis auprès de 15 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes.

Notre enquête a permis la collecte de 66 faits variés, vécus et identifiés comme événements indésirables ou erreurs médicales par les médecins généralistes interrogés. Leur analyse établit l'existence d'un impact majeur des événements indésirables sur les médecins généralistes et leur pratique. Nous avons ainsi pu identifier des modifications secondaires, parfois permanentes et systématisées, dans les démarches diagnostiques et thérapeutiques de ces médecins. Certaines situations ont donné lieu à des démarches formatives ciblées quand elles apparaissaient révélatrices d'un manque de compétences pour les médecins. Si parmi les situations rapportées, seules quelques unes ont connu un dénouement médico-légal, la plupart des médecins disent avoir intégré cette dimension à leur pratique et la perçoivent souvent comme un facteur de stress. Concernant l'impact psychique, culpabilité, sentiment de stress et colère sont les principales répercussions que nous avons pu identifier. Interrogés sur les actions préventives à mettre en œuvre pour lutter contre les événements indésirables en Soins Primaires, la plupart des médecins généralistes ont exprimé avant tout la nécessité d'en parler, et souligné le rôle primordial des groupes de pairs dans cette optique.

Les pratiques professionnelles conditionnant la qualité des Soins, il apparaît primordial d'étudier l'impact des événements indésirables sur ces dernières en Soins Primaires. La réalisation à

plus grande échelle de travaux à la fois qualitatifs et quantitatifs semble donc indispensable en Médecine Générale.

Le Président du Jury,

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le

VU : Le Doyen de l'UFR de Médecine
Lyon Nord

Pour le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales,

Professeur François MAUGUIERE

Professeur Denis VITAL-DURAND

Références bibliographiques.

1. Définition de la Santé de l'OMS. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946.
2. The ecology of medical care revisited. *New Engl J Med* 2001;344(26):2021-5.
3. Ministère de la Santé. Rapport d'objectifs de Santé Publique. Annexe au Projet de Loi sur la politique de Santé Publique en France de 2004 à 2008. Février 2003.
4. Ministère de la Santé et des Services Sociaux Québécois. Les accidents évitables dans la prestation de soins de santé. Rapport du Comité Ministériel du Québec. Février 2001.
5. Galam E L'erreur Médicale. *Rev Prat Med Gen*, 2003; 17(626) :1231-4.
6. Doing What Counts for Patient Safety: Federal Action to Reduce Medical Errors and Their Impact. Report of the Quality Interagency Coordination Task Force. Publication No. OM00-0004. Rockville, February 2000.
7. Klotz P L'erreur médicale. Mécanismes et Prévention. Paris, Maloine, 1994.
8. Erreurs en médecine ambulatoire : une recherche balbutiante. *Rev Presc* 2003;23:543.
9. Meyers A. « Lumping it » : the hidden denominator of the medical malpractice crisis. *Am J Public Health* 1987;77:1544-8.
10. When primum non nocere fails. *Lancet* 2000:17-25.
11. Conférence Nationale de Santé. Rapport de l'année 1998. Paris, 1998.
12. David G Faire bon usage de l'Erreur Médicale. *Bull Acad Natl Med* 2003;187:15-25
13. ANAES. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. Paris : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Janvier 2003.

14. Steel K, Gertman PM, Crescenzi C, Anderson J. Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *New Engl J Med* 1981;304:638-42.
15. To Err is Human. Building a safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America, Washington (D.C), National Academy Press 2000.
16. Starfield B. Is US health really the best in the world? *JAMA* 2000;284:483-5.
17. Weingart SN, Wilson R, Gibberd W, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000;320:774-777
18. Fischer G, Feters MD, Munro AP, Goldman EB. Adverse events in primary care identified from a risk-management database. *J Fam Pract* 1997;45(1):40-46.
19. Sicot C. Rapport du Conseil médical du GAMM sur l'exercice 2001. Paris, juin 2002.
20. Ely JW, Levinson W, Elder NC, Mainous AG 3rd, Vinson DC. Perceived causes of family physicians' errors. *J Fam Pract* 1995;40(4):337-44.
21. Dovey SM et coll. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. *Qual Saf Health Care* 2002;11(3):233-8.
22. Makeham MA, Dovey SM, County M, Kidd MR. An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. *Med J Aust* 2002;177(2):68-72.
23. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324(6):370-6.
24. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995;163(9):458-71.
25. DREES. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. Paris : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Publication numéro 398, mai 2005.

26. Rubin G, George A, Chinn D, Richardson C. Errors in general practice: development of an error classification and pilot study of a method for detecting errors. *Qual Saf Health Care* 2003;12:443–447
27. Albert WWu. Medical error: the second victim. *BMJ* 2000;320:726-727.
28. Nash L, Tennant C, Walton M. The psychological impact of complaints and negligence suits on doctors. *Australas Psychiatry* 2004;12(3):278-81.
29. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ* 1995;310(6971):27-9.
30. Moliner P, Rateau P, Cohen-Scali V. Les Représentations Sociales. Pratique des études de terrain. Collection Didact Psychologie Sociale. Presses universitaires de Rennes. 2002.
31. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'Entretien. Edition Nathan Université Coll. Sociologie 128. 2000
32. DREES. Appel à projet de recherche. Événements indésirables dans les Systèmes de Santé. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Janvier 2005.
33. Flanagan CP. The Critical Incident Technique. *Psychol Bull* 1954;54:327-8.
34. Bradley CP. Turning anecdotes into data - The critical incident technique. *Fam Pract* 1992;9:98-103.
35. Jain A, Ogden J. General practitioners' experiences of patients' complaints: qualitative study. *BMJ*. 1999;318:1596-9.
36. Charles SC, Wilbert JR, Kennedy EC. Physician's self-reports to reactions to malpractice litigation. *American Journal of Psychiatry* 1984;141:563–565.
37. Cook WR, Neff C. Attitudes of physicians in northern Ontario to medical malpractice litigation. *Can Fam Physician*. 1994;40:689-98.

38. Newman MC. The emotional impact of mistakes on family physicians.
Arch Fam Med 1996;5:71-5.
39. Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med* 1992;7:424-31.
40. Canoui P, Mauranges A, Florentin A. Le burn out. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse aux réponses. Edition MASSON. Paris 2004. ISBN : 2-294-01550-9

Annexes.

Annexe A

Courriel de recrutement.

« Chers Confrères, Chères Consœurs,

Je suis résident en sixième semestre de Médecine Générale à la faculté de Médecine de Lyon, et réalise dans le cadre d'un projet de recherche pour ma Thèse de Doctorat, une étude sur les « Conséquences des événements indésirables sur les Médecins Généralistes ».

Tout médecin peut être confronté un jour à la survenue d'un événement inattendu dans sa prise en charge d'un patient. Si les conséquences sont parfois importantes pour le patient, elles semblent également exister au niveau du médecin, notamment de sa pratique. Le but de mon travail est de mettre en évidence les répercussions des événements indésirables sur les médecins généralistes.

A ce titre, je suis à la recherche de médecins généralistes pouvant m'accorder un entretien dans les semaines à venir.

L'entretien sera individuel, strictement anonyme, d'une durée d'environ trois quart d'heure et ne sera suivi d'aucune autre démarche.

Toute personne intéressée par cette enquête peut se manifester en répondant dès à présent par mail à cette adresse :

chaneliere.marc@wanadoo.fr

Je contacterai les personnes intéressées afin de convenir d'une date pour l'entretien.

Je me doute des sollicitations multiples qui sont les vôtres, et vous remercie d'avance de l'attention que vous porterez à ce mail.

Cordialement.

Marc Chanelière. »

Annexe B

Guide d'entretien semi dirigé

I. Premier temps : Présentation de l'Enquêteur, de l'Enquête, de l'Enquêté :

A. L'enquêteur :

- Introduction : « *Bonjour, je m'appelle Marc Chanelière. Je suis résident en Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Lyon. Je suis actuellement en sixième semestre. »*

B. L'enquête :

- Le Cadre : « *L'enquête que je suis en train de mener, s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse, pour l'obtention du Doctorat de Médecine Générale ».*
- L'étude :
 - **Thème** : « *Cette étude s'intéresse aux conséquences des événements indésirables sur la pratique des médecins généralistes ».*
 - **Justification** : « *Au cours de son exercice, un médecin – quel qu'il soit – peut être confronté à la survenue d'événements indésirables, ayant des conséquences parfois graves sur la santé des patients. L'hypothèse à la base de mon travail est que ces événements ont également des conséquences sur le médecin, et notamment sur sa pratique ».*
 - **Méthode** : « *Pour essayer de mettre en évidence ces répercussions sur les médecins généralistes, je réalise des entretiens auprès de plusieurs médecins généralistes. Il s'agit d'entretiens semi dirigés, durant environ chacun une heure. Ils sont enregistrés puis transcrits secondairement sur ordinateur. Les données collectées sont strictement anonymes. En aucun cas, ces entretiens ne serviront à porter un jugement concernant la pratique d'un médecin généraliste. »*

Transition : « Voilà de manière brève, une présentation du travail auquel vous allez collaborer en m'accordant cet entretien ».

C. L'enquête :

- Participation du médecin : « *Je vous remercie d'avoir accepté de participer à l'étude* »
- Le médecin : « *Avant de commencer, pourriez-vous me préciser quelques informations d'ordre général :*
 - *Votre âge ? *on s'excuse auprès des femmes**
 - *Votre durée d'exercice professionnel ?*
 - *Votre date d'installation ? »*
- Le cabinet : *Description brève de son cabinet par le médecin. Le but secondaire est de continuer à favoriser l'expression du médecin*
 - **Type de cabinet** : « *Vous exercez en association ou seul(e) ? S'agit-il d'un cabinet en environnement urbain / rural / semi rural ? »*
 - **Type de patientèle** : « *Comment se compose votre patientèle ? »*

Transition : « Si vous n'avez pas de question, nous allons poursuivre l'entretien. »

II. Second temps : Mise en place du cadre conceptuel.

A. Événement indésirable : définition.

Le but est de recueillir la représentation qu'à le médecin généraliste sondé de la notion « d'événement indésirable », et si possible de lui faire formuler une définition

- Terme connu : « *J'ai parlé d'événement indésirable au début de l'entretien, est-ce que c'est une notion qui vous est familière ? »*
- Représentation : « *J'aimerais que vous me disiez ce que cela représente pour vous* ». *Si accroche insuffisante, on relance par exemple avec « *C'est-à-dire ce que vous mettez derrière ce terme* ».

Si le médecin tend d'emblée à donner des exemples, on tente de le replacer dans un contexte plus général « *Donc si vous deviez donner une définition générale pour événement indésirable, quelle serait-elle ? »*

B. Confrontation avec une définition officielle :

On soumet des définitions au médecin, et on recueille son opinion sur ces dernières.

- « *J'ai une définition à vous proposer, issue de publications officielles du Ministère de la Santé: Par événement indésirable, il convient d'entendre tout effet fâcheux, immédiat ou différé, sur la santé des individus ou des populations, survenu à la suite de soins préventifs ou curatifs. Qu'est-ce que vous pensez de cette définition ? »*

C. Confrontation avec une définition de « l'erreur médicale » :

- « J'ai une autre définition à vous proposer: tout événement survenu dans la pratique d'un médecin, qui ne devrait pas se produire, qui n'a pas été anticipé et qui fait dire au médecin : "Ca ne doit pas arriver, je ne veux pas que cela se produise à nouveau". Que pensez-vous de cette définition ? »

D. Positionnement du concept d'Erreur Médicale par rapport au concept d' Événement Indésirable.

On interroge le médecin sur la façon dont il perçoit l'Erreur Médicale par rapport aux événements indésirables.

- « Et si je vous dis maintenant « Erreur Médicale », comment situez-vous ce concept par rapport à celui d'événement indésirable ? »

III. Troisième temps : exploration de la pratique du médecin sondé.

*La discussion ne peut être linéaire car il y a passage en revue de plusieurs situations, avec des liens multiples d'une situation évoquée à une autre, imprévisibles à l'avance.

Par ailleurs, la recherche de l'impact et la description des situations se fait de manière quasi concomitante.*

« Est-ce-que dans votre pratique, de manière spontanée, vous vous souvenez de situations qui rentrent dans ce cadre d'événement indésirable ? ».

« Est-ce-que vous pourriez m'en parler ».

*On peut aider le médecin en lui demandant de chercher dans sa pratique « Toute situation survenue, qui ne devait pas se produire, qui n'a pas été anticipée et qui lui fait penser : "Ca ne doit pas arriver, je ne veux pas que cela se produise à nouveau". »

A. Exercice Professionnel : Conséquences post événement indésirable sur la pratique du médecin.

1) Conduites d'évitements : (Le cas échéant)

- **Du Patient/ de ses proches** : « Ce patient, vous avez continué à le suivre ? »... « Sa famille ... » etc.
- **De ce type de patient** : « Vous avez continué à prendre en charge ce type de patient par la suite ? »
 - o A préciser selon contexte : sexe, âge, ethnie, catégorie sociale et professionnelle, etc. tout élément de « catégorisation » de patient.

- **De ce type de pathologie** : « Vous prenez toujours/encore en charge cette pathologie ? »
 - A préciser selon contexte : caractère aigu ou chronique, gynécologique, obstétrique, pédiatrique, psychiatrique, palliatif etc.
- **De ce type de situation** : « Vous prenez en charge ces situations maintenant ? »
 - A préciser selon le contexte : au domicile, garde au cabinet, en présence de tiers, etc.
- **D'Actes** : au sens large (ie diagnostiques ou thérapeutiques), « Vous pratiquez encore cet acte ? »
 - A préciser selon contexte, rejoint exploration modification dans démarche diagnostique et thérapeutique. (cf infra)
- **De Traitements** : Rejoint exploration modification dans démarche thérapeutique. (cf infra).

Le médecin peut justifier en parallèle ces conduites d'évitements.

2) Modification dans la démarche diagnostique :

On cherche toute modification (qualitative et/ou quantitative) dans la démarche diagnostique du médecin, avec notamment, recherche de modifications durables par leur caractère systématique.

a. *Domaine clinique* :

- **Interrogatoire** :
 - **Questionnement systématique**: exemple, « Vous interrogez systématiquement les patients sur maintenant ? »
 - **Temps alloué** : exemple « Vous passez plus de temps à interroger les patients ? »
- **Examen clinique** :
 - **Examen d'organe systématique**: « Vous avez changé la façon dont vous examinez les patients ? »
 - **Temps alloué** : « Vous passez plus de temps à examiner les patients ? »

b. *Domaine paraclinique* :

- **Variation qualitative** : « Par la suite, vous avez recours à tel examen paraclinique ? »
 - On précise selon la situation évoquée par le médecin.
- **Variation quantitative** : « Et maintenant, vous avez recours plus/moins fréquemment à tel examen paraclinique / aux examens paracliniques ? »
 - Recherche caractère systématique.

c. *Recours à la consultation spécialisée/ aux spécialistes* :

Facilement/rapidement/fréquemment

- « Après avoir rencontré cette situation, vous avez le sentiment que vous avez recours à l'avis spécialisé ...
 - plus / moins facilement ? »
 - plus / moins rapidement ? »
 - plus / moins fréquemment ? »

3) Modification dans la démarche thérapeutique :

On cherche toute modification (qualitative et/ou quantitative) dans la démarche thérapeutique du médecin, avec notamment, recherche de modifications durables par leur caractère systématique.

- **Recours à ou abandon de nouvelles thérapeutiques (actes compris) / conduites à tenir :** « Et maintenant, vous avez recours à de nouvelles thérapeutiques ? »
 - Préciser selon le contexte.
 - Plus/moins facilement, plus/moins fréquemment, plus/moins rapidement.
- **Recours à ou abandon de thérapeutiques anciennes ou usuelles (actes compris) / conduites à tenir :** « Vous continuez à prescrire / prendre en charge de la même manière / effectuer cet acte ? »
 - Préciser selon le contexte
 - Plus/moins facilement, plus/moins fréquemment, plus/moins rapidement.

B. Formation Professionnelle :

1) Plan individuel :

- **Questionnement si le médecin ne le mentionne pas spontanément :** « Est-ce-que cet événement a entraîné une démarche de votre part sur le plan de la formation professionnelle ? / un besoin de formation ? / un désir de formation ? »
 - Réponse négative : faire expliciter.
 - Réponse positive : préciser selon contexte.
 - Formation axée Théorique ou Pratique ?
 - Formation spécifique à l'événement rencontré ou formation générale aux événements indésirables (exemple : gestion du risque etc.) ?
 - Moyens mis en œuvre : FMC, groupe de pairs, séminaire, formation universitaires type DU, autre (abonnement, recherche internet etc.) ?
- **Caractère durable et/ou systématique, caractère ponctuel :** « Vous poursuivez cette démarche de formation ? »

2) Plan collectif :

- **Attente(s) du médecin :** « Chaque médecin pouvant se trouver dans des situations analogues à la votre, qu'est-ce-qu'il faudrait leur proposer à votre avis ? »

C. Aspects psychosociaux et Relationnels :

1) Aspects relationnels :

Recoupe également les conduites d'évitement, faire préciser au médecin toute modification relationnelle secondaire.

- **Relation Médecin – Malade :** *« Cet événement a-t'il modifié les relations que vous aviez avec ... »*
 - ... **ce patient ?** » : rupture totale (durable ?), altération (durable ?), renforcement ; exploration de l'affect du médecin sondé.
 - ... **des patients ?** » (type de patients, famille etc.) : préciser rupture, altération, renforcement.
 - ... **les patients ?** » (patientèle globale) : préciser selon contexte.
- **Relation Médecin – Confrère :** *« Cette situation a-t'il changé vos relations avec ... »*
 - « ... vos confrères généralistes ? » ou « ... vos confrères spécialistes ? »
 - Faire préciser en terme de type de relations (amicale, professionnelle etc.), de fréquence de contact, de confiance, etc.
 - Questionnement ouvert selon le contexte.
- **Relation Médecin – autres intervenants du système de santé.**
 - Personnels médicaux : Pharmacien, dentiste, sage femme.
 - Personnels paramédicaux : Infirmière, Aide soignante, Assistante sociale, Kinésithérapeute, psychologue etc.

2) Aspects psychosociaux :

Champ d'investigation très large, parasité par beaucoup d'autres éléments ; on aborde cet aspect par le vécu de la situation qu'a eu le médecin

- « *Comment avez-vous vécu cette situation ?* », « *Cet événement a-t'il provoqué une remise en cause professionnelle et/ou personnelle ?* ».
- « *Est-ce-que vous avez le sentiment que cela a eu un retentissement sur vous, au plan personnel (psychique) ? Sur votre vie privée ?* »

IV. Quatrième temps : Conclusion de l'entretien.

- **Remerciements :** *« L'entretien arrive à son terme. Je vous remercie beaucoup du temps et de la confiance que vous m'avez accordés. Je vous tiendrai au courant de l'avancement de mon travail. »*

Annexe C

I. TAXONOMIE DE L'ERREUR MÉDICALE (P. KLOTZ)		
ERREURS COGNITIVES	ERREURS SENSORI-MOTRICES	ERREURS D'ATTITUDES
1. DIAGNOSTIQUES 1.1. Mémorisation 1.1.1. PRIMAIRES : ignorances 1.1.2. SECONDAIRES : oublis 1.1.3. TERTIAIRES : restitution Objet : a. connaissances médicales b. faits concernant les personnes c. carences de recyclage 1.2. Raisonnement 1.2.1. STADE PRÉ-TEST 1.2.1.1. Recueil des informations : interrogatoire, examen physique, tableau clinique, contexte 1.2.1.2. Formulation du problème et des hypothèses : similitudes/fréquence, sur- et sous-estimation 1.2.2. CONFIRMATION Choix, quantité (trop ou trop peu), interprétation, prise en compte de l'évolution 1.2.3. DÉCISION Appréciation du rapport risques + coûts/bénéfices Pronostic, protocole de surveillance 2. EXÉCUTION DES DÉCISIONS 2.1. Erreurs par défaut 2.2. Erreurs qualitatives 2.3. Erreurs par excès 2.4. Erreurs de séquence 2.5. Erreurs de délai	1. Inaptitudes physiques 2. Défaut de prédisposition 3. Manque d'entraînement 4. Inadéquation du matériel 5. Difficultés propres de l'acte	1. FACTEURS PROPRES AUX MÉDECINS a. affectifs b. caractériels (b' fortuits/b'' permanents) c. culturels et linguistiques d. éthiques e. gestionnaires f. réaction à l'erreur g. gestion de surinformation h. conception de l'objectif des soins i. prise en compte des coûts j. attitude à l'égard des médecins parallèles k. coordination des soins 2. FACTEURS CIRCONSTANCIELS a. environnement b. conditions psychologiques c. relation médecin-malade d. conditions d'équipement 3. FACTEURS LIÉS AUX PATIENTS

Extrait de LA REVUE DU PRATICIEN - MÉDECINE GÉNÉRALE. Tome 17. N°626

Entretiens.

Entretien A.

- Bonjour, je m'appelle Marc Chanière, je suis actuellement résident en sixième semestre et je réalise un travail dans le cadre de ma thèse de Médecine Générale. Ce travail porte sur la survenue d'événements indésirables dans la pratique des médecins généralistes.
- Huum...
- Cela part du constat que dans la prise en charge d'un patient, le médecin généraliste peut être confronté à la survenue d'un événement indésirable, une situation inattendue qui a des conséquences parfois importantes sur le malade.
- Huum...
- Mon hypothèse est qu'il y a aussi des conséquences sur le médecin, notamment sur sa pratique. Je réalise des entretiens auprès de médecins généralistes, enregistrés, anonymes, et je les transcris secondairement afin de les analyser. Le but n'est pas de juger d'une pratique bonne ou mauvaise d'un médecin.
- Ok.
- Pour commencer, j'aimerais situer un peu votre activité, pouvez-vous me dire depuis combien de temps vous êtes installé ? Depuis combien de temps vous exercez ?
- Depuis 1992 ... octobre 1992.
- Quel est le type de clientèle de votre cabinet ?
- Retraités... ouais, dans le bilan adressé par la sécurité sociale, ils – enfin les gens de plus de 65 ans – représentent plus de 50 % de mes patients.
- Et avant de vous installer vous...
- J'ai repris une clientèle.
- Vous avez exercé un peu auparavant ?
- Non, j'ai fait 3 mois de remplacement.
- Une installation rapide donc.
- Oui, j'ai repris le cabinet d'un médecin qui partait à la retraite donc avec une clientèle qui avait un peu vieilli avec lui en fait.
- D'accord. Et votre âge sans vouloir être indiscret ?
- Je suis de 63 ... euh ... il change tout le temps ... euh ... 42 oui 42 ans *rires francs* Mon cabinet est situé dans une commune urbaine. Je travaille seul.
- Vous avez songé à un exercice en groupe ?
- Avant non. Sauf maintenant cela commence à venir.
- Pourquoi ?
- Au début je me sentais pas capable de gérer les aspects de l'exercice avec d'autres tu vois... relations avec quelqu'un d'autre. Mais maintenant ... ouais ... je pense que c'est un truc que je ferais un jour...
- Je vous propose de poursuivre l'entretien et d'en venir à l'aspect « événement indésirable ».
- Oui.
- J'ai employé ce terme dès le début, est-ce que c'est un terme qui vous est familier ?
- Euh ... je sais pas ... enfin, familier ... je connaissais.
- C'est-à-dire ?
- Euh ... ben j'ai du mal à faire la différence entre événements indésirables et erreur médicale en fait. Euh ... Erreur ... tu vois ?
- En fait vous mettez quoi derrière cette notion ?
- Ouais truc erreur moi je mettrais...
- Erreur ... ?
- Oui parce que c'est ce qui angoisse le plus...
- Donc en fait pour vous, événement indésirable et erreur médicale c'est la même chose ... ou alors il y a d'autres choses derrière ces notions ?
- Ben si, cela rappelle aussi effets indésirables euh ... *réflexion de 1 minute* ouais enfin effets indésirables de médicaments ... des choses euh clinique euh... qui sont pas maîtrisables aussi enfin ... des demandes ou des évolutions imprévues. Voilà
- J'ai une définition pour événements indésirables, issue de publications officielles du Ministère de la Santé ... « Par événement indésirable, il convient d'entendre tout effet fâcheux, immédiat ou différé, sur la santé des individus ou des populations, survenu à la suite de soins préventifs ou curatifs. » Qu'est-ce que vous pensez de cette définition ?
- oui ... *réflexion 10 secondes* oui, effectivement ... c'est bien ... Cela recoupe pas mal les choses... « événement fâcheux » oui, c'est bien comme terme.
- Ca recoupe votre représentation pour cette notion, c'est ça ?
- Oui. *ton assuré*
- J'ai une seconde définition à vous proposer pour qualifier un événement indésirable : « tout événement survenu dans la pratique d'un médecin, qui ne devrait pas se produire, qui n'a pas été anticipé et qui fait dire au médecin : "Ca ne doit pas arriver, je ne veux pas que cela se produise à nouveau ». Que pensez-vous de cette définition ?
- *réflexion* Ben ça, pour moi c'est plus le problème de l'erreur ... ou du manque de ... *réflexion* ... du manque de ... de de de ... *25 secondes passent* du manque d'expérience du médecin je pense. Je sens une différence.
- Vous pourriez essayer de l'expliquer ?
- Ben ... la première définition cible davantage l'aspect imprévisible... euh, la suivante ... celle là, c'est plus la définition d'une erreur... enfin, d'une faute ouais.
- Pour vous ...
- Ouais.
- D'accord. J'allais vous demander comment vous positionnez erreur médicale par rapport à événements indésirables ?
- Alors ... euh, je sais pas moi mais ... pour moi erreur médicale c'est un truc que tu fais pas ... enfin ... un truc que t'oublies de faire ou euh ... c'est-à-dire tu aurais pu faire autrement. Peut-être traiter dans d'autres conditions ou moins presser ou moins ... je sais pas quoi. Et l'événement indésirable ben, c'est un truc je sais pas euh tu prescribes un médicament et puis il y a une allergie à un truc que personne savait... Tu peux pas grand-chose.
- ... D'accord ... Dans l'erreur, il y a la notion de « j'aurais pu prévoir », c'est ça ?
- Euh ... *souffle* oui, y'a la notion de j'aurais pu prévoir. J'aurais pu faire autrement oui.
- Alors que pour événement indésirable donc, il n'existe pas ce côté « on peut prévenir », c'est ça ?
- Oui.
- Il y a une phrase que j'ai trouvée dans une publication de la DREES (c'est la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques), concernant les événements indésirables : « La survenue d'un événement indésirable ne signifie pas nécessairement qu'une erreur a été commise dans la prise en charge du patient ». Qu'est-ce que vous en pensez ?
- Voilà... c'est ce que je veux dire ! Euh. Un événement indésirable c'est pas forcément euh... à la suite d'une faute. Des fois tu penses que tu fais bien et ça se passe mal quoi.
- Huum...
- Tu vois, ou même en essayant de suivre des recommandations, tu veux faire les choses bien par exemple et puis tu tapes à côté... et puis les recommandations évoluent au cours du temps en plus.
- Oui
- Par exemple tu proposes une prévention de je ne sais pas quoi et puis chez la personne ça déclenche plein de trucs ... une source d'angoisse importante ... et voilà, les gens vivent après avec leur angoisse.
- Et ça alors, cet exemple, pour vous ce serait un événement indésirable ou alors une erreur ?
- *hésitant* Et ben dans ce cas là, c'est bien un peu les deux ... Ca dépend du patient ...
- Du coup, la notion d'erreur vous la classeriez parfois avec la notion d'événement indésirable ?
- Oui. *ton plus sûr* Oui en fait. Je pense qu'il y a de vraies erreurs, des fautes ... des fautes de jeunesse je pense. D'expérience on va dire... Des trucs si cela se reproduisait tu ferais pas autrement parce qu'il faut prendre de la bouteille. Je pense que c'est obligatoire. Oui.
- Huum...
- Et puis y a des trucs ... différents. Comme cet exemple, pas plus excusable mais bon.
- Et dans votre pratique, est-ce que comme ça, spontanément il y a des situations qui vous reviennent ? Des situations qui entrent dans ces aspects événements indésirables ou erreur...
- Oui ... enfin ... un cas précis tu veux ?
- Oui enfin, ce qui vous vient à l'esprit.

- Ouais. Y'a un truc qui me vient mais je sais pas si on peut le classer là dedans. C'est ... *hésitant* ... C'est une ... En fait, c'est plus une erreur mais... j'ai ... *hésitant toujours* ... une fois une personne qui avait un Alzheimer ...
- Huum...
- Que j'ai pas mis sous tutelle.
- Huum...
- Et ensuite elle s'est faite plumer par ses voisins, tu vois. Bon alors ... Après y a eu une histoire entre la famille, enfin le reste de famille qui était éloignée et donc je n'avais jamais entendu parler et puis ses voisins effectivement. Il y a eu confrontation entre les deux et puis effectivement la grand-mère s'est faite plumer soit par... enfin, en tout cas si j'avais mis une tutelle en place les choses ...
- C'était il y a longtemps cette histoire ?
- Trois quatre ans, je sais plus trop.
- Et par la suite, la patiente vous l'a revue ?
- *rires* C'est pas drôle mais elle ne s'en est pas rendue compte la mamy. Non mais par la suite ... elle non ... c'est une femme qui était veuve. Je suivais le couple, le mari est décédé.
- Huum...
- Elle commençait déjà à avoir des troubles de mémoire... elle est restée seule... pas d'enfant... juste des familles éloignées je sais pas où, en Ardèche, enfin bon que j'ai jamais vues. Et puis elle a tout de suite été prise en charge par sa voisine ... qui étaient des patients que je connaissais bien enfin tu vois. C'est elle qui l'amenait, j'étais bien content qu'il y ait quelqu'un avec la mamy ... Pour l'information aussi tu vois ?
- Huum...
- Et puis en fait, je pense qu'ils ont plumé la mamy.
- Et vous étiez également médecin de cette voisine, enfin de ses voisins ?
- Oui oui.
- Et l'histoire s'est révélée comment du coup ?
- Ça s'est révélé parce qu'une fois sa famille m'a appelé en me disant « comment ça se fait etc. etc. ». Je me rappelle plus trop euh ... Oui : ils m'ont appelé un jour en me disant « oui comment ça se fait que mon autre tante ... on est allé la voir elle perd la tête... ». Je lui ai répondu qu'on n'avait pas attendu qu'ils se manifestent pour s'en occuper. Je me rappelle avoir été assez dur en fait.
- Huum...
- Parce que c'est vrai que c'est difficile de suivre des gens comme ça... Moi c'est vrai que j'étais bien content qu'il y ait les voisins. Parce qu'il y avait un suivi...
- Parce qu'ils s'en occupaient...
- Oui. Et puis un jour la famille est venue, nombreuse genre 5 ou 6, c'était le tribunal ...
- Oui.
- Et puis ils m'ont dit que les voisins ben peut-être que ... Oui ils avaient constaté qu'il y avait du fric qui était parti. Alors après c'était parole contre parole.
- Vous avez continué à suivre les voisins ?
- Moins... en fait ils ont déménagé et puis je les vois plus maintenant. Et je crois qu'ils sont en procès d'ailleurs
- Et du coup les patients déments euh ...
- *rires francs* Oui, ben je demande assez vite la mise sous protection. C'est un truc que j'avais pas pensé avant.
- C'est systématique ?
- J'avais pas pensé... Et puis je me disais cette femme elle a pas de famille... Je pense qu'ils se sont manifestés parce qu'il y avait aussi de l'argent à se faire enfin ... parce que la mamy, ils ne s'en occupaient pas, c'est clair.
- Et maintenant quand vous êtes dans une situation similaire, systématiquement ...
- ... j'y pense. Oui. Est-ce qu'il y a une famille ? ... je me renseigne auprès de l'entourage proche ... Faut-il la mettre sous tutelle ou sous protection ?...
- L'aspect protection juridique c'est rentré dans vos habitudes ?
- Ah oui .. oui ... parce que je pense que là, j'ai fait une erreur.
- Vous avez un peu fouillé là dedans ... pour vous former un peu ?
- Oui oui, tous ces aspects ... les certificats aussi... principe de sauvegarde ouais.
- D'autres professions de santé sont intervenues dans cette histoire ... style infirmière etc. ?
- Euh... non, il y avait une autre voisine un peu ... du même pallier parce que bon l'immeuble était comme ça bref. J'avais la caution morale pour les voisins de cette autre voisine qui disait « ils sont très sympas de s'en occuper ... » Elle a du tomber des nues quand elle a su ... tu vois ?
- Huum oui.
- Surtout que c'étaient des gens qui avaient pas besoin d'argent enfin ... c'étaient des gens malhonnêtes quoi.
- C'est intéressant comme histoire parce que du coup, il semble que ça ait changé votre façon de faire dans des situations ?
- Oui oui *ton affirmatif net* ... cas des adultes incapables ou pathologie neurologique dégénérative oui.
- Il y a une petite alerte dans votre tête ?
- Oui, je fais gaffe à ça Maintenant les Alzheimer ne sont pas tous sous tutelle alors qu'ils devraient l'être en théorie mais bon quand les familles s'en occupent
- Ça rentre dans le cadre d'un événement indésirable aussi ?
- *Ton hésitant* non, pour le coup, pour moi c'est plus une erreur là.
- C'est une erreur que vous définiriez comment ?
- Manque de bouteille. Je trouve. Le truc du jeunot je crois. Après tu te déculpabilises : je l'ai envoyé chez la neurologue, elle a rien fait non plus mais bon... On est là pour ça je crois.
- C'est arrivé dans d'autres situations ce sentiment de « là, j'ai mal fait » ou « là, j'aurais pu faire autrement » ?
- Oui. Oui sûrement mais je pense qu'on les oublie en fait. Tu vois ce que je veux dire, moi je pense qu'on est pas à l'aise avec les conneries qu'on fait... euh, je pense qu'on les oublie. Trop de choses qu'on oublie volontairement je pense. Et j'ai du mal à sortir autre chose là.
- Vous cherchez dans l'aspect erreur là ?
- Oui.
- C'est difficile d'en parler aussi ?
- Oui. On a fait une soirée en groupe de pairs sur les erreurs, nos erreurs. On a pris chacun une erreur. Moi j'ai parlé de celle-ci. *sourire* Je fais une fixette *rire*
- Et sur un aspect plus événement indésirable ? Vous avez des exemples de situations dans votre expérience ?
- Oui, oui.
- Vous diriez que ça arrive souvent ... ou que c'est marginal ?
- *Hésitant* Je saurais pas dire. Je pense pas que ce soit fréquent, pour moi, mais je me trompe peut être.
- Huum.
- Alors sur les trucs médicamenteux... j'en ai des conneries ! Enfin des trucs euh ... des événements indésirables médicamenteux mais je pense sans conséquences particulières ...
- Huum...
- J'ai deux cas là. L'un a fait un ... récemment à la pyostacine qui a fait un... euh ... comment on dit ... *une minute environ* une réaction allergique à la pyostacine. Un truc avec tableau septicémique. Il a été aux urgences à Lyon Sud, un infirmier. Il a été aux urgences après un comprimé de pyostacine.
- D'accord.
- Et puis euh... au début, j'avais eu une réaction style Lyell au Feldène.
- Ok.
- Donc je fais plus de Feldène là c'est clair.
- Ah, le Feldène c'est niet maintenant ?
- Oh oui.
- Depuis ce jour là ?
- Ouais. Oui et puis après j'ai lu des trucs sur le Feldène... que ça donnait des réactions de... qui étaient pas si rares que ça.
- Et quand des patients viennent avec une ordonnance pour un renouvellement par exemple avec du Feldène, vous faites quoi ?
- Huum, quand c'est des ordonnances de confrères je change pas trop. Tu vois.
- Oui.
- Mais moi je leurs n'en prescris pas.
- Et la pyostacine du coup ?
- Non, je pense que j'en prescrirai encore.

- Par rapport au Feldène qui vous avait plus gêné ?
- Oui mais le Feldène, y a d'autres anti-inflammatoires ... et puis je pense qu'il ne faut pas le prescrire. Y a pas d'intérêt, y a d'autres trucs mieux. Alors que la pyostacine c'est un antibiotique qui peut dépanner, qui a des indications et tu peux pas faire autrement. Je pense que l'indication du médicament était bonne.
- Tandis que sur le Feldène, ou même sa classe médicamenteuse en elle-même vous avez ... ?
- Oui. Alors ça c'était au début...au début de ma ... C'était une mamy euh. Il est clair que je me suis nettement amélioré par rapport au début *rires* Mais je sais pas si c'est à cause de ça.
- Améliorer ça veut dire quoi ?
- C'est-à-dire que je pense pas qu'à l'époque je faisais la différence avec les anti-inflammatoires, les demi-vies longues les demi-vies courtes. Les clairances de créatinine, je suis pas sûr que je faisais ça. Je sais pas depuis combien de temps je fais ça.
- Oui.
- Maintenant chez les personnes âgées je fais systématiquement une clairance. Je fais attention quand je donne un anti-inflammatoire, je mets des produits à demi-vie courte. Voilà.
- Vous vous êtes documenté là-dessus ?
- Mais ça c'est par la formation ouais
- Huum...
- Ouais.
- En lisant ?
- Ben par la formation, c'est surtout « Prescrire » ou ... je sais pas encore.
- C'est durable comme démarche ?
- Oui. Par l'ANAES, par ... des trucs comme ça. Enfin je veux dire quand tu veux te former, tu trouves bien des trucs Et puis dehors les labos.
- Huum... Pour balayer un autre aspect, vous avez le sentiment que parfois il y a eu des trucs au niveau relationnel ?
- Oui, sûrement *cherche*
- Zut, là, c'est un truc je veux pas que ça se produise à nouveau.
- *Réfléchit* Euh... Il faudrait que j'émerge là ... euh ...
- Oui. Dans le fait de tenir compte de la psychologie des gens.
- C'est-à-dire ?
- Quand tu abordes un truc ouais. J'ai pas d'exemples précis là. C'est-à-dire que ... euh ... Je sais pas ... Sûrement dans le fait de faire attention à la psychologie des gens... euh ... Maintenant j'aime bien ... j'aime bien maintenant euh... que les gens choisissent ce qu'ils font. Tu vois ? Pas forcément leur imposer le mieux, le plus adapté. Tu vois ? Ce qui serait le mieux pour eux tu vois ?
- Huum
- ... Essayer de m'adapter au patient.
- Huum...Mieux pour eux, de votre point de vue ?
- Ouais.
- Du point de vue du médecin ?
- Voilà. Oui. Des références et tout, tu vois ?
- Huum.
- J'essaye de laisser ça un peu de côté et puis j'essaye d'être moins ambitieux avec mes patients *rires*
- C'est-à-dire : bon, en théorie je devrais faire ça, faire comme ça mais vous, qu'est-ce que vous voulez... C'est ça ?
- Ouais.
- Et...
- *sonnerie du téléphone portable du médecin* Oh, excuse moi. *Durée de l'appel 4 minutes environ, discussion laconique due à ma présence probablement* On parlait de quoi déjà ?
- Du fait que vous essayez de demander l'avis du patient ...
- Ah oui. Oui ben, euh, ... excuse moi
- C'est pas grave, je vous en pris.
- Euh, merci. Ouais, faudrait que j'ai des exemples. Peut être dans les choses que j'ai pu dire ... ou faire ... C'est dur. Il faudrait que ça me revienne mais là ...
- C'est difficile oui ...
- Là ça ne me vient pas.
- Tout à l'heure, vous m'avez raconté l'histoire de cette mamy démente, du fait que cela vous mettait en alerte maintenant pour des situations similaires. Mais est-ce que vous avez le sentiment que cela vous met en alerte pour d'autres situations, finalement ?
- A partir de cet exemple là ?
- Oui.
- Euh... Oui, oui, pour tous les patients qui sont pas capables... au sens large. Des patients... des patients qui euh... Oui, oui peut être aussi sur l'autonomie des patients, ouais. Tu vois ?
- C'est-à-dire ?
- Ben il y a souvent des patients qui viennent en couple... les deux rentrent dans le cabinet ...
- Huum...
- Et ça euh, oui j'ai un peu de mal à gérer ça. Alors que je m'en rendais pas compte avant, tu vois. C'était pas anormal en fait.
- Huum...
- Par exemple maintenant ouais, ... ou pour les ados euh, maintenant je fais rarement rentrer les ados avec leur mère et je pense que c'est à la suite de ça ouais. Alors que ça me choquait pas spécialement avant ou que même je me disais tu vois... euh ... Le travail est plus simple.
- Le travail est plus simple ?
- Ouais, le travail est plus simple *rires* parce que tu éludes certains trucs.
- C'est ce côté « éluder certains trucs » qui a changé ?
- Ouais.
- En plus la mère parle plus ?
- Oui, oui c'est ça aussi.
- Autre question un peu difficile, mais des situations comme celles de cette dame, il y en a que vous avez mal vécues ?
- ... Mal vécues ?
- Oui, au plan psychique, conscience etc. Le besoin d'en parler à d'autres ?
- Huum. *hésitant* huum. Oui. Sûrement mais ... je pense que moi.... Moi, je ... *réfléchit 10 secondes*... je pense que j'oublie pas mal, que je me mets des barrières.
- Huum.
- Oui parce que c'est un sentiment qui m'est déjà arrivé mais pourtant je n'arrive plus à trouver quoi. Mais je suis sûr que j'occulte.
- Occulte ?
- C'est peut être pas bien *éclat de rire* J'espère que je ne le fais pas trop souvent quoi... mais je pense que ce sont des choses qui me sont arrivées oui.
- Vous avez dit tout à l'heure, on a fait un groupe de pairs, spécifique sur nos erreurs.
- Oui... j'avais trouvé cela assez décevant même.
- Pourquoi ?
- J'ai trouvé que les erreurs des copains étaient vraiment pas très importantes.
- Pourquoi ?
- Ben, les gens ont du mal à parler de leurs erreurs. Ouais. Je trouve que les erreurs présentées étaient... C'étaient même pas des erreurs quoi !
- Selon vous ?
- Oui, selon moi. Y'en a que se prenaient la tête pour rien... enfin moi...
- Pour vous ce n'étaient pas des erreurs ?
- Ouais. Et aussi je sais pas, y'avait ... enfin c'est sûrement des erreurs mais quelqu'un qui, ch'sais pas moi, qui a des douleurs abdo et tu passes à côté d'un truc, enfin pour moi c'est pas forcément une erreur. Tu vois. Quelqu'un qui vient qui a mal au ventre, tu fais pas un diagnostic... Oui. Y'avait un truc c'était elle avait un ulcère ... non, suspicion d'ulcère et elle avait une vésicule, enfin une histoire de vésicule quoi.
- Huum...
- Ben ouais, moi ça m'est arrivé: traiter quelqu'un pour un truc d'estomac et c'était une vésicule. Et puis voilà je suis passé à côté mais euh, à partir du moment où tu fais ton boulot, tu passes forcément à côté de diagnostic, tu vois ?
- Oui.
- Et ça, ben c'est pas un truc qui me ... pour moi c'est pas une erreur. Même si le médecin se trompe.
- Il n'y a pas une faute du médecin ?

- Il n'y a pas une faute du médecin et puis voilà. Je trouve qu'on a droit ... je trouve qu'on est pas parfait et... on a le droit, enfin j'estime avoir le droit de me tromper dans mes diagnostics.
- Huum...
- Et ça, ça ne m'empêche pas de dormir la nuit si j'estime avoir fait mon boulot, hein. D'accord ? D'accord. Si je le fais honnêtement on va dire. Tu vois ?
- Honnêtement par rapport à quoi ou qui ?
- A moi. Tu vois ce que je veux dire ?
- Le sentiment d'avoir fait « tout » ?
- Oui et puis voilà, il y a des trucs que je laisserais passer, je pense que c'est forcé.
- Et si ça n'est pas une erreur est-ce que c'est quand même un événement indésirable alors ?
- Est-ce que c'est un événement indésirable, euh ? *10 secondes* Je sais pas. Oui, oui parce que c'est fâcheux pour le patient quand même. Oui, tu vois... L'histoire de l'estomac ça m'est arrivé une fois chez une jeune femme et ... des crises douloureuses... Ben maintenant, j'y pense quand je suis face à des douleurs similaires à faire ... l'écho ... l'écho vésiculaire, ouais. Mais avec le recul, ça ne me met pas mal à l'aise.
- Huum... L'écho du coup, vous en prescrivez plus dans des cas de douleurs abdo, tout ça ?
- Dans des situations de crises douloureuses abdominales qui passent comme ça ... ouais, chez quelqu'un de jeune ouais.
- Plus facilement ?
- Ouais.
- Plus ... systématiquement ?
- Ouais ouais. Même si ça a pas les caractéristiques de la colique hépatique oui. T'as l'impression que c'est un truc d'estomac oui, je fais une échographie.
- Oui ?
- Oui. D'emblée, c'est facile à faire.
- Ca date de cet épisode ?
- Ouais, ça c'est de l'expérience je pense, c'est de la sémiologie tu vois. J'avais peut être fait l'impasse ou dormi ... On m'en avait peut être parlé...
- Vous pensez que c'était parce que vous manquiez de connaissances ?
- Ouais, euh... tu vois je pensais que ces trucs c'était dans le cas de stress... pfou, c'était une femme qui fumait. Je mettais plutôt ça sur le compte du stress tu vois. Je pensais que c'était un peu fonctionnel.
- C'est intéressant...
- Oui. Mais, ça les fonctionnels j'ai toujours du mal ...
- ... du mal ?
- Ouais, ça je crois que ça dépend de l'anxiété du médecin. Par exemple une stagiaire avant, elle était très ... anxieuse et... on a discuté là-dessus et, par exemple elle a vu un type qui avait une gastro et elle lui a fait un ECG. Mais c'était une gastro, typique ! Il avait des antécédents vasculaires quoi et elle s'est dit peut être qu'il fait un infarctus.
- Huum...
- Non, c'était une gastro. Si si, faut faire un ECG ! Elle comprenait que c'était objectivement excessif de faire un électro mais bon *rires*
- Si je vous comprends bien donc, l'expérience elle est donc modulée par l'anxiété et l'appréhension que l'on peut avoir ?
- Oui, c'est clair !
- Un petit événement, il peut donc avoir un impact plus important en fonction de ça ?
- Ouais. Ouais aussi. T'as des médecins aussi qui sont mégalos, des personnalités ... ils vont pas se prendre la tête avec ça.
- Vous avez dit un truc : les fonctionnels j'ai du mal, ça veut dire quoi, que vous avez tendance à les éviter ?
- Non non, je les aime bien. C'est pas ça que je voulais dire, J'ai toujours peur de laisser passer... j'ai du mal... je fais gaffe... Voilà. Y'a des choses tu te dis d'emblée c'est fonctionnel donc ... faut pas que je m'excite à faire des examens. Moi j'ai du mal : tu leur rends pas service ... Mais tu as toujours quand même peur de laisser passer le truc organique. C'est là la difficulté ... Mais prendre en charge un fonctionnel, ça ne me rebute pas. J'aime bien la psy.
- Cela fait 45 minutes que je vous torture, merci de m'avoir accordé cet entretien.
- De rien, sans problème.

Entretien B.

- Bonjour, je m'appelle Marc Chanelière, je suis résident en sixième semestre, actuellement en SASPAS. Je réalise un travail dans le cadre de ma thèse de Médecine Générale qui porte sur la survenue d'événements indésirables dans la pratique des médecins généralistes.
 - Huum...
 - Ma thèse s'intéresse à l'impact de ces événements indésirables sur les médecins généralistes. Elle part du constat que quand on prend en charge un malade en tant que médecin généraliste, il peut survenir un événement indésirable qui a des conséquences parfois importantes sur le malade. Mon hypothèse est que cela a aussi des conséquences sur le médecin, notamment sur sa pratique. Voilà.
 - Huum... oui.
 - Et je vais conduire des entretiens auprès de médecins généralistes, enregistrés, bien sûr anonymes, les transcrire secondairement afin de démontrer mon hypothèse. Le but n'est pas de juger d'une pratique mais de discuter là-dessus...
 - Voilà, c'est ce que j'allais demander, et savoir l'objectif de l'étude...
 - C'est de dégager les conséquences des événements indésirables sur la pratique.
 - Alors est-ce que ça se situe au niveau de la pratique professionnelle pure ou est-ce que cela... parce que la pratique professionnelle du médecin généraliste, c'est terrible !
 - Huum...
 - C'est vaste !
 - Oui, c'est très vaste... et c'est parasité par beaucoup de choses... Donc il faut partir sur la pratique au sens large du terme. Ensuite, je trierai. *rire*
 - Oui alors justement, le classement va se faire sur quels items ? Sur des choses connues ?
 - Et bien si vous êtes d'accord, je vous le dirai après l'entretien... *sourire*
 - *rire* Ca m'intéresse fortement hein.
 - Oui, mais c'est bien
 - *rire*
 - Bon alors, avant de commencer, vous êtes installé ici depuis combien de temps ?
 - Alors euh... depuis 1983.
 - Ouais.
 - Ca fait exactement 22 ans oui.
 - Vous avez toujours exercé ici ?
 - Non. Avant d'être ici, dans ce cabinet, j'étais dans un cabinet tout près. C'était au premier étage, là c'est au rez-de-chaussée.
 - Huum... Un exercice seul ?
 - Voilà.
 - Et avec quel type de patientèle ?
 - C'est tout à fait varié, euh, je crois que je suis dans la moyenne nationale c'est-à-dire autant de personnes âgées, de... euh... et d'enfants que... euh, je n'ai plus la moyenne nationale en tête mais je n'ai pas de pratique particulière hein. Je fais de la Médecine ...
 - ... de la médecine générale *sourire*
 - Oui *sourire*
 - Et pour terminer ce préambule statisticien, votre âge est ?
 - 56 ans.
 - D'accord. Je vous propose de poursuivre maintenant l'entretien.
 - D'accord.
 - Tout d'abord, événement indésirable, c'est un terme que j'ai employé, est-ce qu'il vous est familier ce terme ? Cette notion ?
 - Oui. Oui mais c'est une notion un peu vague. Je ne savais pas si c'était événement indésirable au plan pharmacologique ou effet indésirable d'un médicament ou d'un traitement. Ou événements indésirables qui peuvent parasiter, je crois qu'on est plutôt dans ce cadre là, bref, qui peuvent parasiter la pratique, le jugement, l'affect du médecin et qui peuvent entraîner des conséquences graves pour le malade hein. Donc je prends un exemple tout simple, hein, un patient que vous avez suivi pour une pathologie que vous avez étiquetée,
- par exemple une névralgie intercostale on va dire et puis qui fait un infarctus quelques jours après, ça c'est un événement qui peut changer ta relation avec le patient, qui va affecter le médecin et qui va...
 - Huum...
 - ... qui était imprévisible ou qui était prévisible mais qu'on a pas su déceler, pas faire le bon diagnostic... Donc ça entraîne tout un tas de choses chez le patient et chez le médecin. Et si la relation continue, la relation va être complètement changée, tu vois ?
 - Donc si je comprends bien, vous mettez derrière événement indésirable plusieurs aspects et en fonction de la situation, on se trouve plus dans un registre ? Effet sur la pratique ? Parasite dans la consultation ... effet indésirable médicamenteux ... c'est ça ?
 - Oui oui, on peut prendre un truc moins dramatique. Je suis en train d'examiner un patient, le téléphone sonne, euh ... j'ai été obligé de m'absenter et l'idée que j'avais sur ce patient à l'examen elle est partie, tu vois ?
 - Huum...
 - C'était peut être une bonne idée tu vois. C'est un élément parasite. Ou un enfant qui met la panique dans le cabinet et j'arrive pas à l'examiner comme il faut et ... Ca peut être des tas de choses finalement !
 - Oui ?
 - La panne de l'ordinateur ... *rire*
 - Et ça arrive *sourire* J'ai une définition à vous proposer, issue de publications officielles du Ministère de la Santé: *Par événement indésirable, il convient d'entendre tout effet fâcheux, immédiat ou différé, sur la santé des individus ou des populations, survenu à la suite de soins préventifs ou curatifs.* Qu'est-ce que vous pensez de cette définition ?
 - Alors là on est plus dans les effets ... presque secondaires, des médicaments enfin des ... des prescriptions... *hésitant* On est plus sur l'aspect curatif. Si j'ai bien compris cette définition.
 - ... survenu à la suite de soins préventifs ou curatifs ...
 - *ton assuré* Soins... Soins... au moins soins.
 - Huum...
 - On est plus sur l'aspect soins d'accord, et pas tellement sur l'aspect parasite d'un événement qui arrive euh, je sais euh ... un tremblement de terre *sourire*. Enfin, je pense qu'on peut rentrer dans ce cadre d'événements totalement idiots ... enfin... mais qui vont changer une consultation.
 - J'ai une autre définition à vous proposer.
 - Oui.
 - Par événement indésirable, on désigne *tout événement survenu dans la pratique d'un médecin, qui ne devrait pas se produire, qui n'a pas été anticipé et qui fait dire au médecin : "Ca ne doit pas arriver, je ne veux pas que cela se produise à nouveau".* Que pensez-vous de cette définition ?
 - *Réflexion de 10 secondes environ* Elle me plaît pas trop parce que ... euh... c'est pas une définition, c'est presque une impression. On ne peut pas faire une définition comme ça en disant, « je ne veux pas que ça arrive, je ne veux pas que cela se produise... ». Ca ne peut pas être contenu dans une définition, enfin, à mon avis hein.
 - Huum...
 - La première partie était intéressante... redites la moi.
 - ... *tout événement survenu dans la pratique d'un médecin, qui ne devrait pas se produire, qui n'a pas été anticipé*
 - Alors ça c'est très intéressant par contre, je garde... on pourrait arriver à faire quelque chose de ça. *sourire*
 - Et l'erreur médicale, vous la situez comment par rapport à la notion d'événement indésirable ?
 - *réponse rapide, ton assuré* Elle est complètement contenue à l'intérieur ! Puisque c'est un événement qui n'était pas prévu, qui survient inopinément donc ça revient à la deuxième solution.
 - Huum....
 - Qui est liée au soin, qui est... euh... praticien dépendant mais qui est aussi, qui peut être aussi dépendante d'autre chose hein.
 - Oui...

- On a pas eu au moment M l'examen clef qu'il nous aurait fallu par exemple. L'électrocardiogramme va tomber en panne... ou il n'y a plus de papier.
- Huum...
- Ou on s'est dit euh, « ... on fera l'électrocardiogramme un peu plus tard pour reprendre l'histoire de l'infarctus par exemple.
- Et là, qu'est-ce qui serait une erreur un peu: l'électrocardiogramme est en panne, ou je le ferais plus tard ?
- L'erreur c'est de différer... on peut pas l'attribuer à un problème technique.
- Huum...
- On peut décrocher son téléphone en cas de doutes, ... de besoin et envoyer le malade à l'hôpital passer son ECG, par exemple tu vois ?
- Ouais.
- Juste cet exemple, ... il me vient à l'esprit celui de l'infarctus non décelé hein.
- Justement, en parlant d'exemples qui vous viennent, dans votre pratique personnelle, vous avez des exemples d'événements indésirables ?
- Oui. Oui, un des plus frappant ... C'était ici, je vois une dame pour une crise de migraines, c'était il y a de nombreuses années, elle me dit : « La dernière fois, vous m'aviez fait une piqûre, c'était génial ! C'était même miraculeux. » Puis je lui fais la même piqûre, et elle fait un choc anaphylactique.
- Ouch...
- Voilà, c'était de la viscéralgie... Je ne fais plus de viscéralgie *rire*
- Depuis ce moment là ?
- Ah ben oui, ça c'est clair. Bon, elle n'est pas morte, hein, j'ai fait l'adrénaline mais ça aurait pu mal se terminer.
- Huum...
- Voilà, c'est un exemple frappant, ça m'a pris un grand stress, et je crois que je m'en souviendrai toute ma vie professionnelle... même au delà...
- Vous l'avez revue cette patiente après ?
- Bien sûr, je lui ai expliqué ce qu'il s'était passé. J'ai marqué en rouge sur son dossier qu'il ne fallait pas lui donner de viscéralgie. Voilà.
- Et du coup un patient migraineux maintenant, bon, c'est clair qu'il n'aura plus de viscéralgie...
- ... c'est clair...
- ... eh, du coup, vous faites plus attention, vous ...
- Et bien déjà, une chose, et cet événement y a participé, je ne fais plus d'injection intraveineuse ou intramusculaire pour une crise migraineuse. C'est probablement aussi parce que je fais beaucoup moins d'injections qu'il y a dix ou quinze ans. Ma pratique a évolué dans le sens qu'on préfère l'oral à l'injectable, hein.
- Huum...
- Ensuite, dans mon raisonnement, la migraine n'est pas une urgence. Quand on fait le traitement d'une urgence médicale on peut prendre des risques mais là, dans une crise de migraines qui n'est pas une urgence, on ne peut pas se permettre de prendre des risques. Ca, c'est certain.
- D'accord. Et euh, vous dites ... « ça m'a pris un grand stress » ...
- Ah bien sûr. La patiente s'est mise à gonfler comme une baudruche, il y avait plein de monde dans la salle d'attente. Je savais plus trop ce que je faisais... ça se voyait ...
- Huum... perte de moyens ?
- Oui. Le stress il est dans mon souvenir... il est inscrit quoi. Et puis ... je veux pas que ça se reproduise ... comme le disait la définition ... enfin, l'impression.
- Et vous avez regardé un peu après dans la monographie de la viscéralgie ?
- Oui, bien sûr... Mais je le savais en plus, les antispasmodiques peuvent donner des chocs anaphylactiques comme beaucoup de médicaments.
- Vous êtes sensibilisé à ça ?
- Oui, oui ... et en même temps c'est avec nous depuis le début des études tout ça. N'importe quel médicament, donné par n'importe quelle voie d'administration peut donner un choc anaphylactique... C'est horrible de dire ça ... Faut pas faire médecine *rire*
- ... Ca rend les médecins malades ... *rire* Vous prévenez les malades du coup ? Genre, en bas des ordonnances ?
- Systématiquement certainement pas, non. Mais je viens de faire une prescription d'anxiolytiques et s'affiche sur l'ordinateur avec la prescription « Attention à l'utilisation de machines et à la conduite automobile » ; ça je l'ai rentré dans l'ordinateur et c'est systématiquement écrit avec la prescription des anxiolytiques.
- Qu'est-ce qui vous l'a fait mettre ça ?
- Euh ... euh... je pense que c'est une réflexion, comme je mets pour la pilule chez la femme fumeuse « Pilule et tabac ne doivent pas être associés ». Voilà.
- Huum...
- Y'a tout un tas de médicaments comme ça pour lesquels j'ai ça ... Pour les anti inflammatoires : « En cas de douleurs abdominales, arrêter le traitement et consulter un médecin. » Voilà.
- Et vous avez écarté d'autres médicaments de votre pharmacopée ?
- Oh oui. Depuis mon installation, beaucoup de médicaments, vieux, ont été retirés. Mais pas que sur ces critères.
- Sur des critères d'expériences malheureuses comme celle-ci, il y en a d'autres ?
- Oui, sûrement mais cela ne me revient pas à l'esprit ... Aussi ceux qui ont des effets indésirables importants connus. Par exemple, l'inhibiteur calcique qui fait gonfler les jambes des hypertendus, et c'est sûr que tu as du mal à le prescrire... surtout quand il a fait gonfler les jambes de trois ou quatre patients.
- Tout à l'heure vous avez dit « ... pas faire le bon diagnostic... », ça vous pose problème comment ?
- *rire* oh la !
- Cela vous est déjà arrivé... probablement ...
- Des tas ! *rire*
- Huum...
- Des tas, malheureusement... C'est le lot de chaque médecin et puis on se remet en question... et puis voilà. Vous voulez une histoire ?
- ... vous m'avez parlé de l'infarctus... Pourquoi ?
- Ben justement, parce que cette histoire là, elle est réelle.
- Oui ?
- C'est une dame qui a 45 ans, qui fait une douleur typique. Typique. Le diagnostic a été fait avec un petit peu de retard, simplement parce qu'on avait pas cru au diagnostic. Un infarctus, chez une femme de 45 ans, sportive, qui courait le marathon, non fumeuse... c'est pas possible.
- Huum...Et le diagnostic a été fait avec un petit peu de retard, c'est-à-dire ?
- Alors, du coup, ... ça aussi je m'en souviens ... Je l'ai vue à 11h30, je lui ai dit de me rappeler dans l'après-midi si ça n'allait pas mieux... elle m'a rappelé à 15 heures, j'y suis allé. J'ai fait l'ECG et je l'ai fait hospitaliser de suite.
- C'est vous qui avez...
- *interrompt* on a pas perdu beaucoup de temps ... 4 heures ... et cette dame elle est en attente de greffe cardiaque... Il y a eu des dégâts épouvantables sur son cœur mais je ne crois pas que le délai y ait changé quelque chose.
- Vous la suivez toujours cette patiente ?
- Non. J'ai des nouvelles par des doubles de courriers de l'hôpital... Il faut dire qu'elle n'était pas suivie par moi avant. Enfin, elle avait également un autre médecin pas très loin... Elle continue à le voir.
- Vous gérez comment du coup les patients qui présentent un tableau thoracique douloureux et discordant en quelque sorte ?
- Je ne fais pas systématiquement intervenir le SAMU. Il faut se baser sur la clinique. Dans ce cas là, elle avait une clinique typique et évidente.
- Huum...
- Evidente mais surprenante, chez une femme ... qui normalement n'aurait pas du avoir d'infarctus *rire un peu cynique*
- Vous avez recours plus facilement, plus souvent à l'électrocardiogramme ?
- Euh... fouuu.... Non. D'ailleurs, ça n'est pas la clef du problème... Si on a l'impression qu'un homme ou une

- femme jeune ont un infarctus, ça n'est pas l'ECG qui va sauver le malade ... Ce qui va sauver le malade, c'est le SAMU. Et de l'hospitaliser dans les 6 heures.
- Huum. Vous avez aussi dit qu'un événement indésirable ça peut être un coup de téléphone pendant une consultation, ... quelque chose qui vient vous déranger ... parasiter la consultation ...
 - Oui, oui.
 - Ça vous gêne ?
 - Euh. Et bien j'ai pris l'habitude d'assurer moi-même la réponse téléphonique, je ne veux pas la confier à quelqu'un d'autre, à une secrétaire... je suis un peu atypique mais ça me permet de gérer plein de choses car je connais les patients par cœur... enfin ...
 - Huum, vous gardez la maîtrise de cette manière ?
 - Alors, ça introduit un parasitage lors de consultations, quand je réponds. S'il y a 4 – 5 coup de fils pendant la consultation, c'est mal vécu par le patient. Je le sais par des enquêtes que j'ai lues.
 - Et le côté, « j'ai un truc en tête, le téléphone sonne, j'oublie... », vous en avez des exemples en tête ?
 - Pas nettement, non. Euh... je vois pas d'exemple précis... on peut imaginer l'exemple du ventre qu'on palpe, en se disant qu'il y a peut être un truc au foie, le téléphone sonne ... entre temps le patient s'est rhabillé et je le fais pas re déshabiller ensuite... Mais c'est imaginaire ça.
 - Vous faites partis d'un groupe de pairs ?
 - Oh oui. Et je suis très très passionné. Oui.
 - Vous en avez parlé de ce genre d'histoires ? Chacun pouvant s'exprimer...
 - Alors le principe, c'est de tirer une consultation au sort ... et en trois ans, je peux te dire qu'il y a eu des consultations avec des problèmes analogues... avec beaucoup de problématiques... On essaye de décortiquer à chaque fois, de trouver des problèmes, les problèmes... de les résoudre. Bien sûr.
 - Et avec une problématique type événement indésirable ?
 - Spécifique ? Non. Non non. On a fait une fois au lieu de venir avec une consultation aléatoire, chacun vient avec un cas qui lui pose problème. On a pu faire 2 ou 3 cas en fait car c'est beaucoup plus long en fait.
 - Huum...
 - ... Je crois que dans un groupe de pairs, il faut se garder de faire ça, à moins qu'il y ait un lien très fort entre nous. Ce qui commence à être le cas d'ailleurs. C'est pas le lieu du groupe de pairs de faire des formations Balint. Y'a des groupes Balint pour ça. Y'a un lieu où on peut faire ça, c'est ... je sais pas si tu en as entendu parler, c'est le bilan de compétences. Bilan de compétences fait par MGForm, que j'ai fait... oui.
 - Huum...
 - Là on vient avec son émotion, ... on est devant nos pairs. Il se passe quelque chose de très très fort.
 - Balint prend en charge le côté psycho relationnel ?
 - Voilà.
 - Mais en dehors de cet aspect, sur un plan plus formatif ?
 - Oui.
 - Le groupe de pairs, ça n'est pas le bon endroit si je vous comprends ?
 - Non, ce que je veux dire, c'est qu'on ne va pas passer une soirée sur les erreurs qu'on aurait commise... avec tout l'aspect émotionnel euh... psycho affectif. Je pense que là le lieu, c'est le groupe Balint. Le groupe de pairs n'est pas un groupe Balint. C'est un groupe d'échange et d'amélioration des pratiques, donc ça n'est pas le mieux.
 - Oui.
 - Si par contre, dans l'exposition d'un cas cela arrive, et c'est arrivé, je n'ai pas de truc en tête, et bien on l'évoque comme un autre cas et dans ce cas là, le groupe de pairs est rassurant vis à vis du médecin auquel c'est arrivé. Le but du groupe de pairs c'est de rassurer.
 - Le groupe Balint est dédié, le groupe de pairs peut parfois être amené à prendre ce genre de situation en charge, c'est ça ?
 - Voilà. Un psychologue supervise le groupe Balint.
 - Et qu'est-ce qu'il faut proposer aux médecins, seuls dans leurs cabinets, face à des patients et à des événements indésirables ?
 - Ben ça existe ... Il y a les groupes de pairs, les groupes Balint... C'était le bilan de compétence hein. Simplement
- les échanges confraternels, ... on fait une soirée entre amis et on se parle de nos problèmes.
- Huum...
 - A ce moment là, les épouses ou les époux euh ... disent « vous ne parlez que médecin hein ». *sourire*. Mais c'est vachement important, bien sûr !
 - Oui
 - C'est capital, la preuve c'est que quand deux médecins se rencontrent ils parlent de quoi ? *médecin me pose la question*
 - ... du boulot... ?
 - Ben voilà. Ils parlent soit des malades qui les embêtent, ... des cas qui leur posent problème euh ... ou peut être des vacances qu'ils vont prendre.
 - En parlant de relations confraternelles, y a-t-il eu dans votre souvenir, des situations impliquant plusieurs intervenant auprès d'un patient et où un événement indésirable est survenu ?
 - Euh... c'est difficile ... c'est-à-dire plutôt dans le cadre d'un patient que j'aurais adressé à un confrère par exemple ?
 - Oui, par exemple.
 - Et qui se passe mal ... oh ben il y en a des tas ! Les relations avec les spécialistes, c'est pas toujours nickel hein.
 - Huum...
 - ... Le ressenti du malade qui a été voir un spécialiste dont on a dit : « vous allez voir, il est vachement bien » et que ça c'est mal passé... le sentiment d'avoir été mal considéré hein... Il revient en général assez en colère ... « Dites donc le docteur machin ... il est pas sympa hein ! » *rire* « Il m'a pas examiné... » Ca peut être ça oui.
 - Huum...
 - Ou alors c'est nous qui avons commis une erreur en adressant le patient à la mauvaise personne aussi. Une erreur d'aiguillage. On adresse le patient à une personne tout à fait compétente mais ... ça n'était pas le domaine. Tout se voit. On adresse le patient pour un examen, la machine tombe en panne le jour où il avait rendez-vous ... pour l'IRM ... depuis 6 mois. Et on attend le résultat de cet examen qui devait faire ou avancer le diagnostic. Paf ! Elle tombe en panne le jour même ! Ca c'est un événement indésirable.
 - Oui ?
 - Ouais.
 - Tout à l'heure vous avez parlé des rappels automatiques que vous mettez sur vos ordonnances : femme, tabac et pilule ne font pas bon ménage ... benzodiazépines et conduite etc. Il y a une dimension médico-légale derrière ça ?
 - *rire franc* Je ne suis pas sûr. Je ne suis pas sûr du tout. *redit avec ton sérieux*. Non, je pense pas que cela soit suffisant.
 - Huum...
 - Non, il y a des tas de médecins qui pourraient être condamnés non pas ... Enfin, disons que lorsque euh, on marque sur le dossier qu'on a dit ça au patient, le patient peut très bien dire, « non non, vous ne m'avez pas dit ça ». En cas de problème médico légaux, on doit apporter des preuves. C'est un grand principe. Disons.
 - Huum...
 - Le principe c'est d'amener la preuve qu'on a tout fait... Mais ça n'empêche pas que des médecins soient condamnés sur des conneries ! Ils ont marqué par exemple, « faire le vaccin antitétanique », le patient ne l'a pas fait, il est mort du tétanos ... Ca c'est une expérience authentique hein, ça c'est passé en Isère, le médecin a été condamné parce qu'il n'avait pas vérifié que le patient avait bien fait son vaccin antitétanique ! Voilà. Donc on peut se faire piéger ... Si on voit 15 patients par jour ... ou 30 euh, 5 fois si on en voit 15 à 8 fois par jour je dirais.
 - Et vous, le statut vaccinal tétanique après cette histoire ? Vous le vérifiez maintenant ?
 - Ah de toute façon c'est écrit dans le dossier. Tous les dossiers de mes patients comportent le statut vaccinal... Tous ... Sauf quelques uns *sourire* Que je vais m'efforcer de corriger.
 - Oui...
 - Il y a une alarme et pas plus tard que ce matin j'ai indiqué à un patient votre vaccin pour le tétanos est à refaire.

- Vous avez d'autres alarmes ?
- Oui, il y a la mammographie euh... Tout un tas de choses euh... les pathologies graves, les allergies, les contre indications euh... bon je dis pas que c'est parfait mais je m'efforce d'utiliser au maximum cet outil parce que c'est super intéressant !
- L'outil informatique avec les alarmes ?
- Oui.
- Et pourquoi ?
- Parce que c'est prouvé que ça évite la survenue d'erreurs. Bien sûr. On a travaillé ça en groupe de pairs d'ailleurs.
- Huum...
- On a dit on va faire au mois de mars le récapitulatif des 100 premiers patients qui arrivent et voir combien sont à jour pour le tétanos.
- Huum...
- Et on fait la même chose au mois de novembre. On fait mars et novembre. Tout le monde ne l'a pas fait mais ceux qui l'ont fait ont vu une progression du pourcentage.
- Huum...
- C'est de l'évaluation des pratiques professionnelles. Cela fait un moment que je suis là dedans. Depuis maintenant 5 ans, j'ai eu connaissance de l'importance que cela a et de fait, cela m'intéresse beaucoup. Et on se demandait comment on allait faire. Et l'outil informatique nous a justement apporté des ... euh ... euh ... solutions.
- D'accord.
- On a fait la même chose avec les mammographies. Voilà, ça marche, j'ai un mode de recherche qui me permet de savoir combien j'ai de femmes de plus de 50 ans et je les ai toutes mises mammographie.
- Ok.
- Si je sais pas, je mets mammographie point d'interrogation et je le mets en alarme. C'est relativement simple... ça prend du temps quand même.
- Huum... cela procède d'une volonté d'amélioration de la pratique donc... il n'y a pas eu d'élément style un cas de cancer du sein non dépisté précocement par exemple ?
- Si. Le non dépistage d'un cancer a intégré ce processus mais ça n'est pas le moteur principal. C'est plus une progression de la profession, du métier...
- ... huum...
- J'ai plus de métier ... un métier que j'ai pas appris ... la Médecine Générale. Peut être vous maintenant on vous l'apprend... si quand même. Mais nous non. Et pendant quelques années j'ai fait mon boulot, maintenant je suis un professionnel et je fais mon métier. Je suis un professionnel, j'ai acquis des automatismes. Je m'en suis rendu compte lors du bilan de compétences de ce sentiment.
- Vous l'avez fait quand ce bilan de compétences ?
- Euh ... attends ... je l'ai fait je me souviens j'étais dans les 1000 premiers euh ... ben, c'était quand j'ai commencé à être maître de stage en ... euh en 2000 je crois.
- Ce bilan il a renforcé vos démarches de formations ?
- Oui. Oui. Et Aiguillé. Vous savez ce que c'est le catalyseur. Le catalyseur, c'est ça.
- Je vous remercie de m'avoir accordé cet entretien.
- Je t'en prie.

Entretien C.

- Je suis Marc Chanelière, je suis résident en sixième semestre.
- Vous avez fait le stage chez le généraliste ?
- Oui. Je suis actuellement en SASPAS.
- D'accord.
- L'enquête à laquelle vous participez constitue mon sujet de thèse, sur la survenue des événements indésirables, c'est-à-dire de choses inattendues, dans la pratique des médecins généralistes et de leurs impacts.
- Oui.
- En effet, ces événements indésirables peuvent avoir des conséquences sur le patient, parfois importantes... Mon hypothèse est qu'ils ont aussi des conséquences sur le médecin – généraliste en ce qui nous concerne. Ça peut paraître logique, mais peu de choses existent là-dessus, notamment dans la littérature francophone.
- D'accord.
- Je conduis donc des entretiens auprès de médecins généralistes, entretiens anonymes, qui seront transcrits secondairement et ensuite analysés.
- D'accord.
- Avant de commencer, pour situer un peu les choses... vous êtes installés ici depuis combien de temps ?
- 24 ans.
- 24 ans. C'est votre premier cabinet ?
- Oui.... Euh, pas tout à fait. J'ai d'abord travaillé à SOS Médecin pendant 2 ans. Après je me suis installé ici en 1982 et puis comme beaucoup de cabinets qui démarrent j'ai fait SOS Médecin en même temps au début quoi.
- Huum...
- Oui, c'est ça... sur un ou deux ans...
- Huum...
- J'ai terminé SOS Médecin en 1983 où j'étais là en permanence. Je ne fais rien à côté... Professionnellement.
- Vous avez une durée d'exercice donc de ...
- J'ai démarré en janvier 1981.
- Ok.
- Donc ça fait 24 ans et des poussières. J'ai 54 ans.
- Voilà. La patientèle ?
- Plutôt euh ... variée ... personnes âgées, enfants...
- D'accord.
- Oui, je suis dans la moyenne.
- *pause 3 secondes*. J'ai employé le terme d'événement indésirable, est-ce qu'il vous est familier ?
- Oui.
- Vous mettez quoi derrière cette notion ?
- Ben ... l'événement indésirable avec l'expérience je dirais... c'est ... relationnel d'abord finalement.
- Huum...
- Un contact ... quelque chose d'imprévisible dans la relation avec le patient ou quelque chose qui m'est arrivé récemment, quelque chose d'imprévisible au niveau du diagnostic.
- Huum...
- En gros hein. Sans préparation, sans rien hein...
- Oui oui, mais ça me va comme contexte. *rires*
- Alors !
- C'est-à-dire si je vous comprends bien, vous y mettriez d'une part l'aspect relationnel et les choses imprévues qui peuvent survenir, et aussi ce qui touche au diagnostic, c'est bien ça ?
- Oui oui. Eventuellement, les deux choses pouvant être reliées entre elles hein.
- Et l'aspect diagnostic, par rapport à la prise en charge euh...
- Globale... thérapeutique ... oui aussi. Diagnostic au sens très large du terme avec ouais ouais la prise en charge hein.
- D'accord, je vois.
- Au sens large de la prise en charge du patient, diagnostic au traitement.
- Huum. J'ai une définition à vous proposer, issue de publications officielles du Ministère de la Santé : *Par événement indésirable, il convient d'entendre tout effet fâcheux, immédiat ou différé, sur la santé des individus ou des populations, survenu à la suite de soins préventifs ou curatifs.*
- D'accord donc elle n'inclue par l'aspect relationnel ...
- J'allais vous demander votre sentiment sur cette définition...
- Ça élimine le côté relation médecin malade... enfin, d'après ce que j'entends.
- Huum... Je peux vous la relire ?
- Allez-y, relisez.
- *Par événement indésirable, il convient d'entendre tout effet fâcheux, immédiat ou différé, sur la santé des individus ou des populations, survenu à la suite de soins préventifs ou curatifs.*
- Oui donc elle élimine bien tout événement indésirable au cours de la relation ... purement relationnel.
- Je vous en propose une seconde.
- D'accord.
- *Tout événement survenu dans la pratique d'un médecin, qui ne devrait pas se produire, qui n'a pas été anticipé et qui fait dire au médecin : "Ça ne doit pas arriver, je ne veux pas que cela se produise à nouveau".* Que pensez-vous de cette définition ?
- C'est bien aussi... Faudrait peut-être mélanger les deux ça serait pas mal !
- Huum.
- En tout cas la deuxième définition correspond tout à fait au dernier événement indésirable qui m'est arrivé. La première est trop ... impersonnelle ...
- Elle enlève l'aspect relationnel, c'est ça ?
- Oui.
- Huum...
- La deuxième... très technique aussi... peut être il faudrait associer euh, reprendre les deux définitions et les associer, les mélanger.
- Celle qui conviendrait mieux au médecin, c'est laquelle ?
- Une pour le patient, c'est la première, une pour le médecin c'est la deuxième. *ton assuré, réponse immédiate*
- Ouais ?
- Sans hésiter.
- Autre question, l'erreur médicale, vous la situez comment cette notion par rapport à celle d'événement indésirable finalement ?
- *pause 5 secondes* Il peut y avoir un événement indésirable sans que cela soit une erreur médicale !
- Huum...
- *pause 10 secondes* En même temps j'essaye de trouver des exemples.
- Vous avez dit : « ... ça correspond ... au dernier événement indésirable ... », vous pouvez m'en parler ?
- Oui. Je peux ...
- Huum...
- Et bien récemment, j'ai un patient que je prends en charge depuis presque vingt ans... qui a une BPCO ancienne... alcoolique... tabagique ... *marque des pauses de 3 – 4 secondes, semble affecté*. Et puis, il déprimait... Et puis, il s'est mis à maigrir... je l'ai examiné, je n'ai rien trouvé d'extraordinaire...
- Huum...
- ... Et puis comme il avait perdu beaucoup de poids en très peu de temps, j'ai démarré un bilan biologique
- Ok.
- Et puis ...un scanner ... Et j'ai trouvé un cancer du rein très évolué.
- Huum...
- « Tiens, ai-je manqué à mon devoir de surveillance correct ? Est-ce que j'ai été trop axé sur cette BPCO et sur cet état dépressif ? » je me suis dit...
- Huum...
- *discours toujours ponctué de pauses brèves*. Déjà j'ai eu une petite tachycardie en me disant, « tiens... c'est bizarre ».
- D'accord.
- J'ai replongé dans le dossier et il s'est passé un événement en 1983, je me suis cassé la jambe dans la rue... j'ai été opéré, j'ai eu 4 mois d'absence. Pendant ces 4 mois d'absence, j'ai eu une remplaçante... Très efficace... pas de problème.
- Huum...
- Elle a vu ce patient... en 1983... Il se plaignait de douleurs de ventre, de petites banalités. Elle a demandé une échographie... abdominale.
- Huum...

- Très bien. Elle n'y est pas dans le dossier l'échographie abdominale. Très important ça.
- Huum...
- J'ai revu le patient donc au moins de mars de cette année. En me disant, « mais... il n'y a pas des choses anciennes ? » Je suis allé voir le radiologue d'à côté... Le radiologue m'a sorti le papier de 1983... et il était écrit : ... « suspicion d'atteinte au niveau du rein droit ... à priori bénigne mais nécessité de faire un bilan complémentaire... »
- Huum...
- Et moi je l'ai jamais vu avant cet examen !
- Oui...
- Etant absent... Le patient s'est dit « le docteur va revenir, je lui montrerai plus tard... » J'ai découvert – presque effondré – 2 ans après, qu'il y avait bien une corrélation ... mon absence... le patient, c'est typique de l'événement indésirable dont vous parlez dans votre travail ! *visiblement très affecté* Je suis passé à côté de ce cancer du rein que j'ai vu trop tard ! *tape sur la table !* Voilà le problème !
- C'est une question pas facile que je vous pose ... c'est plus un événement indésirable ... ou c'est plus ... *de manière précautionneuse car contexte émotionnel intense* de l'erreur médicale pour vous ?
- Et bien justement, est-ce que c'est une erreur médicale parce que j'ai pas été assez vigilant ? Est-ce que ça vient de moi ? Ou est-ce que c'est à la fois du patient ... qui aurait du me montrer le bilan qu'il ne m'a jamais montré ?... Ni à ma remplaçante d'ailleurs... Il est resté chez lui... il ne l'a pas montré !
- Huum...
- La faute à qui ??
- Huum...
- Il y a donc une chaîne d'événements qui s'est produite... Première fois que cela m'arrive, d'habitude je suis assez vigilant... informatisé... je fais ce qu'il faut : j'enregistre tout, je scanne tout ... je regarde tout ... et là ...
- Huum...
- Paf ! Le trou !
- J'en ai pas dormi pendant 3 nuits !

Note : médecin très ému, larmes aux yeux, avec confusion dans les dates, il faut rétablir 2003 à la place de 1983, erreur commise à plusieurs reprises par ailleurs.

- Et ce patient, vous le suivez encore ?
- ... Bien sûr, oui bien sûr... Je vais aller le voir tout à l'heure, il est en soins palliatifs maintenant...
- Oui.
- Il habite à côté. Je suis très culpabilisé. Jamais cela ne m'était arrivé avant ! *le téléphone sonne* Rien que de vous en parler ça me ... fou... *souffle et est très ému* Ca m'émeut encore très fort. *Décroche le téléphone, prise de rendez-vous... personne apparemment très demandeuse, médecin un peu excédé, durée 2 minutes environ* Voilà l'événement le plus grave qui m'est arrivé au cours de ces 23 dernières années.
- Huum... *ressenti émotionnel important*
- Je sais pas comment interpréter cela... Le patient s'est rendu compte de rien. Il n'a pas perdu confiance euh... Je le vois tout à l'heure... Et euh... est-ce que les gens vont finir par se poser des questions : « Comment ne l'a-t-on pas trouvé avant ce cancer ? »
- Huum...
- Voilà.
- Vous allez le voir en soins palliatifs... Vous pensez que vous avez une relation différente avec ce patient ?
- Euh... renforcée... euh non. Peut être un peu plus vigilant, voir même un peu culpabilisé quand je vais le voir en disant « Punaise c'est pas possible d'être passé à côté d'un truc pareil ! Toi qui fais si attention ... » Enfin, une histoire presque à dormir debout quoi.
- ... un sentiment de ... ?
- De culpabilité oui ! oui !
- Huum...
- Bon, ça va mieux ... j'en ai parlé avec la stagiaire ... on en a longuement parlé. J'ai fait ma psychothérapie avec ma stagiaire.
- Avec un confrère quoi...

- Oui. Donc ça c'était bien. Enfin voilà où on en est. Quel va être la suite des événements ?... je sais pas.
- Avec la stagiaire ... avec d'autres personnes aussi de votre entourage ?
- Ah ben avec ma femme oui, bien sûr. Aussi embêtée que moi... ne sachant comment réagir. Ne sachant pas quoi faire ... me dire ...
- Vous avez eu des cas similaires qui se sont présentés ... ?
- Non... Ah ... Oui, j'ai eu un autre cas avec une gamine de 15 ans... Ca m'est arrivé aussi en 2003. Mais là aucun rapport avec mon accident hein.
- Oui.
- C'est une gamine euh... parfaitement bien dans sa peau jusque là ...
- Ok.
- La mère l'amène et me signale qu'elle s'est mise à un petit peu moins bien travailler ... du mal à se lever le matin... des euh... pas vraiment de céphalées... une espèce de petite gêne, parfois visuelle et puis la mère s'est aperçu quelle lâchait parfois son stylo, de maladroites... d'étourderies... enfin...
- Huum...
- Donc première consultation, je dis à la mère qu'il n'y a pas de raison de s'affoler... que ça ressemble un petit peu à une déprime... je fais un examen neurologique complet ... nickel... je la fait écrire devant moi.
- Oui.
- Puis j'ai écrit dans le dossier : « Examen normal... mais attention éventuel début de SEP etc. » tu vois ? « Pathologie organique » point d'exclamation.
- Huum...
- C'était avant les vacances de février... et puis pendant les vacances de février, elle va au ski *tape sur la table* Paf : AVC...
- Huum...
- Scanner en urgence... une énorme tuméfaction derrière le cervelet...
- D'accord.
- A l'IRM, c'était non pas une tumeur grave ... enfin si ! ... un énorme angiome ... Le neurochirurgien m'a écrit : « rien... rien à faire... » Elle a perdu toute scolarité, elle vit un peu... J'ai plus jamais revu les patients ... Ils sont venus me réclamer les dossiers.
- La famille ?
- Oui.
- Et du coup les ados qui se présentent avec un tableau ...
- Voilà. La deuxième situation de ces deux dernières années. *tape sur le bureau* C'est pour ça que votre mail m'a interpellé car j'ai toujours en mémoire ces deux histoires.
- Les ados qui présentent une humeur dépressive, c'est fréquent... Vous en avez revu... je pense ?
- Oui, oui.
- Vous êtes plus vigilant ? Ou dans des tableaux où les gens décrivent une symptomatologie un petit peu ...
- Et bien oui. *ton assuré* Avec ces deux histoires de ces 2 dernières années... je suis un peu plus anxieux... un peu plus vigilant... j'ouvre le parapluie... Et contrairement à ce que demande la sécu, je fais plus de dépenses parce que j'ai le scanner facile, l'IRM facile, le bilan biologique facile... ce que je faisais pas avant. Maintenant, vlam ! J'ouvre le parapluie pour un oui ou pour un non !
- Huum...
- Est-ce que ça va s'améliorer ? ... avec le temps, est-ce que je vais être moins anxieux ? Ces deux affaires ne m'ont pas cassé mais bon... tout de même drôlement perturbé... Alors que je suis assez vigilant, pas étourdi ... peut être dans la vie personnelle mais pas professionnelle hein. Je suis plutôt je pense un médecin sérieux, je fais toujours un examen clinique et là...
- Huum...
- Je me suis fait prendre deux fois ! *tape sur la table*
- Et du coup, pour l'examen clinique, vous passez du temps avec... *le téléphone sonne*
- J'essaye de passer un peu plus de temps déjà et je trouve que c'est pas suffisant... Donc je m'interroge... je trouve que j'interroge pas assez ! Donc je vais trop vite donc... *décroche le téléphone ... prise de rendez-vous, durée 1 minute environ.* On peut se poser des questions

- malgré tout et pourtant je suis en secteur II et j'essaye de passer plus de temps avec les patients.
- Vous avez dit « j'ouvre le parapluie... scanner, IRM, biologie facile... » euh...
 - Ah oui oui. Je suis dans un milieu plutôt favorisé ici ... et les gens demandent aussi... très très demandeurs de... euh... bilan tout de suite alors euh, avant j'essayais plus systématiquement de freiner, d'attendre ... maintenant je vais plutôt dans leur sens.
 - Et pour la seconde histoire, une fois le diagnostic fait, vous vous êtes plongé un peu dans des cours etc.
 - Oui, oui. De manière globale...
 - La lettre du spécialiste, elle a eu quel effet ?
 - Déculpabilisant... Ah ben, c'est dommage... c'est la faute à pas de chance ... parce que j'avais bien évoqué de faire un scanner si persistance ... seulement l'accident s'est produit avant ! La mère voulait absolument un bilan biologique. Je lui ai dit que s'il fallait faire un truc ce serait un scanner ou une IRM. Donc, on va laisser passer les vacances scolaires ... on le fera après... et boum ! La faute a pas de chance quand même.
 - La famille a repris le dossier, vous n'avez plus de nouvelles depuis...
 - Plus de nouvelles. Enfin, j'ai revu la mère dans la rue, on a discuté de manière ... très superficielle et je l'ai sentie lointaine et ... donc pour la famille j'ai fait une erreur diagnostic... Point. Ils sont partis.
 - Cette histoire vous en avez aussi parlé avec votre stagiaire ?
 - Bien sûr !
 - Vous pensez qu'il faut en parler ?
 - Euh... oui. Je sais pas ... les groupes de pairs sont là pour ça... je fais pas parti de ça... j'ai tort sûrement... A la suite de ces deux histoires, j'y pense !
 - Et le Balint ?
 - Oui... oui... J'y pense. Mais il ne faut pas que le groupe de pairs ne deviennent le lieu de discussion type café du commerce, il faudrait que cela reste professionnel.
 - Et des cas, peut être plus anodins, c'est-à-dire qui ont eu des conséquences moins importantes pour les patients mais qui restent dans votre esprit... et auxquels vous pensez ...
 - Euh... oui... ça m'est arrivé ... euh ... lors d'un bilan de sécurité sociale...
 - Huum...
 - Un patient à qui j'avais dépisté une hypertension, une belle insuffisance cardiaque... pis la sécu m'avait répondu dans le bilan : « hémocult discrètement positif... » *pause 5 secondes* J'ai revu le patient, je lui dit ... on va s'occuper du cœur d'abord parce c'est plus important ... après on fera une coloscopie... Il voit le cardiologue, tout s'est bien passé... Et puis il a fait une coloscopie, 4 mois après, beau néo du colon... il m'a reproché de l'avoir pas fait tout de suite... J'ai perdu le patient...
 - Oui.
 - Je le suivais tout seul... Je lui en avais parlé mais je ne l'avais pas mis par écrit, alors maintenant, je suis encore plus vigilant, encore une fois quand je fais des bilans, je demande systématiquement la recherche de sang dans les selles... depuis cet événement, je fais des courriers quand c'est positif, même s'il n'y a pas grand-chose... j'envoie au patient etc. etc. Je garde toujours une trace écrite... Je ne deviens pas parano mais ...
 - Huum...
 - Je deviens presque procédurier...
 - Plus défensif ?
 - Oui... que je l'étais pas avant.
 - Et vous êtes informatisé depuis longtemps ?
 - 10 ans.
 - Vous êtes plus systématique depuis que vous êtes informatisé ?
 - Je le deviens. Je deviens systématiquement traçable... j'essaye. Et je me suis rendu compte par rapport au début de l'informatisation que je n'étais pas assez rigoureux. Alors c'est bien parce que ça m'a appris plus de rigueur, plus de ... voilà.
 - Et c'est pour dire que les outils ont évolué et / ou vous aussi ?
 - Oui. Je suis plus systématique.
 - Par exemple ?
 - Dans le dossier informatique, je mets systématiquement : poids – taille – notamment chez les femmes de plus de 50 ans, ... les vaccinations je n'oublie pas... les antécédents je n'oublie jamais... je marque systématiquement mammographie à telle époque... densitométrie...
 - Vous avez des alarmes ?
 - Oui.
 - Vous utilisez euh...
 - ... systématiquement...
 - C'est un changement récent ?
 - Ah oui oui, plus on avance dans le temps, plus je me rapproche des « process » à l'américain c'est-à-dire bilan de ça tous les 2 ans ... selles etc. ...
 - En début d'entretien, vous avez dit ... c'est presque la première chose que vous ayez dite, « un événement indésirable ça peut être relationnel aussi ... », pourquoi ?
 - Parce que j'ai des événements qui me marquent... dans le sens euh ... « Ah ben docteur, vous avez été un peu rapide l'autre jour ... vous m'avez pas assez écouté... »... « Vous avez répondu plusieurs fois au téléphone pendant la consultation, ça m'a gêné... » etc.
 - Huum...
 - Voilà.
 - D'accord.
 - C'était ça qui m'a interpellé.
 - Huum...
 - Je dis attention... les gens sont de plus en plus exigeants ...
 - Pour vous, ces situations sont des événements indésirables ?
 - Pour moi ce sont des événements indésirables.
 - Ou une erreur ?
 - Ben peut être bien les deux parce que j'ai pas assez donné de temps à la parole et dieu sait si c'est important la parole !... Dans un cabinet médical...
 - Du coup, vous ...
 - Je prends plus de temps avec le patient pour l'écouter, j'essaye... Là, je suis à nouveau au quart d'heure sur mon planning... oh... là, j'ai presque 30 personnes de prévue... bon alors... euh... je peux quand même pas rester là jusqu'à 22 heures donc on va essayer...
 - Huum...
 - Essayer de jongler, en donnant la parole plus cette fois ci à un tel et à un tel...
 - Huum...
 - On est toujours confronté à cette histoire du temps. Hein. La pression du temps peut être un événement indésirable. Certaines personnes, je vais rester 30 minutes mais ... mais... Voilà, ce que je peux vous dire... voilà.
 - Huum...
 - Voilà.
 - Merci pour l'entretien et pour le temps que vous y avez consacré.
 - Non non, c'était très intéressant. Merci.

Entretien D.

- Bonjour, je m'appelle Marc Chanelière, je suis résident en sixième semestre, actuellement en SASPAS.
- Huum...
- Je réalise un travail sur les événements indésirables et le médecin généraliste, dans le cadre de ma thèse. L'idée, c'est que lors de la prise en charge d'un patient, le médecin peut être confronté à la survenue d'un événement inattendu, qui peut parfois avoir des conséquences importantes sur le patient... Mais aussi sur le médecin, notamment sur sa pratique.
- D'accord.
- Je conduis donc des entretiens, enregistrés, anonymes hein, transcrits secondairement, afin d'essayer d'explorer cette piste... cette hypothèse.
- Huum...
- Le but n'est absolument pas de juger de la pratique bonne ou mauvaise d'un médecin.
- D'accord.
- Avant de poursuivre, pourriez-vous me dire depuis combien de temps vous exercez ?
- Depuis 1976 donc ça va faire euh... trente non c'est pas vrai ... 39 ans ?!
- Ça fera 30 ans l'année prochaine, non ? ...
- Oui c'est ça, 29 ans.
- Vous avez quel âge ?
- Moi j'ai 55 ans...
- Huum...
- 55 ans, et donc depuis oui 1976.
- Vous êtes installé depuis combien de temps ?
- La même chose, j'ai passé ma thèse en 76 donc je me suis installé donc... voilà, dans la lignée de ma thèse...
- Votre cabinet ?
- C'est un cabinet de groupe, de 4 médecins, et j'ai toujours été en cabinet de groupe, toujours dans le même cabinet, toujours au même endroit.
- Votre patientèle, elle se constitue comment ?
- Alors, dans une ville nouvelle, très mélangée où il y a des quartiers avec une problématique euh... disons surtout sociale... des quartiers de classe moyenne... et aussi des quartiers résidentiels donc une clientèle assez panachée...
- Huum...
- Mais avec quand même de plus en plus de problèmes... enfin de situations sociales un peu... un peu difficiles...
- De la précarité ?
- Oui oui, voilà, des situations précaires.
- Pour en venir aux événements indésirables, c'est une notion qui vous est familière ?
- Alors euh... ce terme là d'événement indésirable, je ouais... c'est pas un terme que j'avais intégré comme ça... indésirable pour qui ? euh... C'est probablement de savoir si ce qu'on avait imaginé pour le patient ne survient pas pour le patient si.
- Huum...
- Ou si c'est indésirable en terme de résultat de consultation ou de de... lié à une erreur diagnostic... à une erreur de ... thérapeutique de... mais bon comme on a des effets indésirables de médicaments... on a aussi des effets indésirables d'une intervention médicale... euh...
- Huum...
- Ou si c'est des effets un peu aléatoires euh... inhérents à toute pratique humaine. Voilà donc.
- C'est ce que vous mettriez derrière cette notion d'événement indésirable ?
- Voilà, c'est ce qui fait que en tant que médecin on peut être ... est-ce que c'est un problème de compétences qui concerne le médecin, ou est-ce que c'est le problème du patient aussi ...
- Huum...
- Ou est-ce que c'est le hasard... quelque chose d'inéluctable...
- Si je comprends bien, vous me dites si c'est bien ça, il y aurait d'une part indésirable pour qui, du point de vue du patient ou du médecin ...
- Voilà.
- Et puis une problématique de la cause, enfin, ... est-ce que c'est du au hasard... du au médecin ... du au patient ... ? C'est ça ?
- Oui, voilà, c'est ça. Insuffisance de compétence du médecin ... voilà.
- J'ai une définition à vous proposer, issue de publications officielles du Ministère de la Santé: *Par événement indésirable, il convient d'entendre tout effet fâcheux, immédiat ou différé, sur la santé des individus ou des populations, survenu à la suite de soins préventifs ou curatifs.* Qu'est-ce que vous pensez de cette définition ?
- C'est un terme qui a euh ... comment dire... une certaine officialité ?
- Tout a fait.
- D'accord. Euh ... euh ...
- Je vous la relis.
- Oui, s'il te plaît.
- *Par événement indésirable, il convient d'entendre tout effet fâcheux, immédiat ou différé, sur la santé des individus ou des populations, survenu à la suite de soins préventifs ou curatifs.*
- Oui, ça me va bien. Ça représente ce que j'imaginai.
- Huum. Je vais vous donner une autre définition. Par événement indésirable, on désigne *tout événement survenu dans la pratique d'un médecin, qui ne devrait pas se produire, qui n'a pas été anticipé et qui fait dire au médecin : "Ça ne doit pas arriver, je ne veux pas que cela se produise à nouveau".*
- Huum. C'est une autre formulation... Ce qui est intéressant, c'est qu'elle montre ce que ça produit sur le médecin. C'est-à-dire une espèce de réactivité qui ferait que, ça entre dans l'expérience du médecin, qui entre dans une démarche d'amélioration du médecin, ce qu'il va faire pour se prémunir d'une nouvelle situation en fait. Qu'est-ce qu'on en fait ? ... Et ça renforce sa réactivité, sa réflexivité ... Ça apporte un petit plus par rapport à la première définition qui est plus statique... Là, il y a une notion un peu plus dynamique. Il faut que le médecin utilise ces événements indésirables, enfin *rire* qu'il les évite... surtout quand ils sont graves. Evidemment, si on est responsable de la mort du patient... Mais je pense qu'on est plutôt confronté à une multitude de petits événements indésirables, qui peuvent être intégrés à l'expérience.
- L'erreur médicale... vous la situez comment par rapport à cette notion d'événement indésirable ?
- *réflexion de 10 secondes* Ben, l'erreur médicale, elle provient du médecin... tout ce qui vient franchement de la part du médecin... euh... alors que dans un événement indésirable, le médecin intervient mais peut être pas complètement.
- Huum...
- Donc une implication plus forte de la responsabilité du médecin dans l'erreur médicale.
- Huum...
- Oui, oui je pense. L'événement indésirable ...c'est l'aboutissement de plein de choses... provenant pas toutes, pas tout le temps ... du médecin. Moi je vois ça comme ça.
- C'est une question un peu difficile, mais dans votre pratique, spontanément, vous avez souvenir de situations qui se rattachent à un événement indésirable ...
- ... euh... *pause 15 secondes*
- C'est-à-dire de situations où un truc s'est produit...pas attendu...
- Euh ... *réfléchit longuement 10 secondes*... Oui, et bien ce sont des situations où je n'ai pas eu l'impression d'avoir fait le maximum... des situations compliquées parfois sur le plan clinique... type embolie pulmonaire... type suicide... euh... fouuu... oui... enfin ce genre de situations, où le diagnostic a pataugé... peut être aussi des situations où je n'ai pas voulu voir... euh... on se ferme un peu l'esprit, on ne remet pas en cause son diagnostic, on est fixé sur quelque chose, comme si la pensée luttait contre ...
- C'est-à-dire une situation où la clinique pousse à un diagnostic mais où un élément qui gêne tend à être ...euh ... écarté ?
- Voilà, on l'élimine à priori... enfin on le ... on le ... en terme de probabilité, de prévalence...on ne lui donne pas assez de poids...
- Huum...

- Des fois, j'ai un peu l'impression ... je me dis : « Tiens, là tu pourrais avoir un événement indésirable ... » *rire*.
- Et ?
- Ben j'essaie d'analyser cet événement... d'être vigilant... préventivement... c'est-à-dire : « Tiens, là, je vais vers une merde et ça ne se réalise pas... » ... mais la prévention – heureusement ! – n'entraîne pas l'événement indésirable *rire*
- Huum...
- De fait, je suis de plus en plus dans cette dynamique là... de vigilance...
- Huum...
- Ben ... d'imaginer le pire ... c'est source d'angoisse...mais bon, après je me dis c'est des situations à priori ...
- Huum...
- Tiens lui, il a une douleur thoracique, et rien d'inquiétant au plan clinique ... mais je me rappelle de telle situation... il était aussi un peu comme ça... peut être tu devrais l'envoyer à l'hôpital. Même pour un enfant ... qui a beaucoup de fièvre...
- Il y a appel à vos expériences ?
- C'est ça... ce qui fait que je suis plus prudent. Le ... l'expérience d'avant sert à mettre des clignotants d'alerte... mais qui sont souvent disproportionnés... ce qui est un peu pesant, préventivement.
- Ça motive le recours – je sais pas hein – à des explorations ?
- Oui, oui. C'est vrai qu'avant je me faisais fort d'hospitaliser le moins souvent. Maintenant, quand j'ai ces clignotants là, je me bats moins pour garder le patient à domicile ... Je suis plus consommateur d'exams complémentaires. Je crois que c'est ça. Oui.
- Huum...
- En connaissant mieux mes limites... je sous traite plus facilement. Avant, je revendiquais plus d'être autonome... alors c'est plus confortable mais je me dis que je lâche du terrain par rapport à un médecin généraliste tel que je le vois.
- Il y a un côté défensif là-dedans ?
- Tout a fait. Oui, protecteur.
- C'est l'aspect médico-légal ?
- Oui, alors, je suis toujours en train d'intégrer cela « Et si ça se gâte, comment je suis pouvoir me justifier... ? » Depuis quelques années, c'est une dimension que j'intègre. Euh... D'où j'essaie de mettre dans mon dossier le plus d'éléments, de justifications possible. Si il y a un problème, je pourrais justifier d'une démarche, d'un raisonnement ... euh...
- Huum...
- ... dans un cas de situation clinique pas claire... etc.
- Huum...
- Voilà.
- Ça c'est ce que vous faites en plus, c'est ça ?
- Oui, euh... c'est ça.
- Est-ce que maintenant il y a des trucs que vous ne faites plus dans votre pratique ?
- Oui euh...
- ... suite à la survenue de quelque chose dans votre pratique ?
- J'aime pas trop tout ce qui est médecine de gestes... euh comme tout ce qui est sutures, sutures du visage. Bon, quand il y a quelques points je fais sinon... Les infiltrations, je n'en ai jamais fait... Avant je faisais plus facilement des plâtres... maintenant j'envoie plus à l'hôpital...
- Huum... C'est dû à des événements indésirables qui vous ont marqués ?
- Non... enfin, disons que c'est plus un problème de qualité des actes en fait. Je me pose par exemple la question avec les stérilets, je n'en pose pas souvent ... Est-ce que je vais continuer à en poser ?
- Huum...
- J'ai quand même un rétrécissement de l'activité gestuelle. Des gestes peu fait entraînent un problème de compétences ... et donc de risques... de risque de survenue d'un événement indésirable en fait.
- D'accord.
- Par exemple, je faisais de la mésothérapie il y a une dizaine d'année et puis je n'en fais plus... Je propose plus du tout ... les risques d'hépatite C tout ça ... je pense que je fais là aussi une prévention des événements indésirables...
- En début d'entretien, vous avez évoqué un sujet difficile, le suicide... ça vous est arrivé dans votre pratique ?
- Alors ... *semble un peu mal à l'aise* Alors oui en fait ... un peu... 2 personnes que je suivais... c'est pas énorme en terme de ... de ... fréquence ... mais c'est 2 personnes... Je pense surtout à une que je connaissais aussi un peu au plan amical, faisant du sport enfin tout ça...
- Huum...
- J'ai vu physiquement sur son visage une dépression mélancolique, il avait réussi à passer le cap d'un premier épisode dépressif important, que j'avais adressé à un psychiatre pour démarche psychothérapique... après une phase d'hospitalisation.
- D'accord.
- Et qui a refait un deuxième épisode... qui me semblait moins impressionnant, que le premier *rire cynique* Alors que le premier épisode, je m'étais dit : « Attention, lui il ne va pas bien... ». Donc une phase de veille... d'état d'alerte clinique... Et puis, un deuxième épisode, plus bâtarde ... « Ça me semble moins important... », lui était coopérant... donc je me suis dit : « C'est bon, ça va passer comme le premier... »
- Huum...
- Il y a eu une première partie où ça semblait aller mieux...
- Huum...
- Et euh ... je me suis pas du tout méfiée et donc au moment de la phase de stabilisation, il avait revu le psychiatre... j'avais relâché un petit peu ... alors bon le psychiatre m'avait quand même appelé en me disant, je le sens pas très bien et moi j'avais minimisé cela... parce que je l'avais tellement vu plus mal la première fois hein *ton cynique*
- Huum...
- C'est là où cela contrebalance un peu ce que j'ai dit, là l'expérience est venue parasiter le raisonnement. Elle a diminué un peu ma vigilance...
- D'accord.
- J'ai minimisé euh...
- Huum...
- Le risque *pause 5 secondes*...
- Le psychiatre ?
- Ben il avait pas dit il faut l'hospitaliser mais bon en plus... on n'aurait pas eu le temps...
- Huum...
- Parce que quelques jours après sa femme... Parce oui, je connaissais sa femme qui était psychologue que je suivais également. Enfin, elle voyait surtout son gynécologue pour son suivi de son côté et moi pour la bobologie surtout.
- Huum...
- Elle aussi avait senti... il y avait des difficultés de couple que je ne connaissais pas enfin... Un soir sa femme m'appelle, elle l'avait retrouvé pendu dans le salon.
- Huum...
- Pour moi, ça a été vraiment une espèce de coup de tonnerre... je m'en suis voulu Je me suis dit que j'étais passé complètement à côté, enfin, peut être pas complètement...
- Il y a de la culpabilité ?
- Ah oui oui. Oui oui. Je me suis dit : « J'aurais dû... avoir la même attitude que la première fois et l'hospitaliser ». Ne pas minimiser cette situation là, ne pas ... ne pas ... banaliser... mettre ça comme un suivi normal ! Mais le tableau était moins franc, on est pris par une espèce de vision normalisée...
- Huum...
- Alors maintenant, je fais dans l'excès inverse... C'est toute une histoire d'oscillation, en faire trop, en faire pas assez...
- Et c'est modulé par l'angoisse... ?
- Voilà. C'est tout à fait ça. C'est-à-dire que c'est modulé et avec autant de risques d'événement indésirable : être trop anxieux face à une situation, ben ça a aussi des effets indésirables... par hyper... par perfectionnisme.
- Huum...
- De même qu'il y a des effets indésirables par négligence on pourrait dire.
- Huum...

- J'ai une situation actuelle, où un peu la même chose, un jeune que je connais bien, amené par son père. Un jeune qui voulait mourir.
- D'accord.
- Je connais bien la famille. Je connais bien les parents, situation compliquée: séparation des parents, lui le vivant très mal, il est au chômage, quitté par sa copine... lui perdu au milieu de tout ça, une seule solution, c'est la mort... Très opposant, j'ai pris du temps avec lui.
- Huum...
- Il avait déjà été hospitalisé... sortie sur décharge par ses parents refusant de signer l'HDT. Enfin le contexte...
- Huum...
- Lui refusant tout médicament... Je lui propose d'aller en clinique ... j'arrive à le convaincre, il va en clinique assez d'accord ... il sort : il reste 24 heures, il supporte pas... « Je veux ma famille... ma copine... ».
- D'accord...
- Le psychiatre m'appelant, faut le mettre en HDT... je me dis qu'est-ce que ça va lui apporter cette HDT lui étant opposant, surtout qu'il commençait lui à relativiser son discours... enfin un discours retombant un petit peu plus sur terre...
- Huum...
- Je me suis demandé si cette HDT était la solution...en me disant, y'a un risque.
- Huum...
- Je le prends avec la famille, je me dis que la famille refusant aussi ça... Faut s'adapter à cela, tu vois ? Je me dis... bon d'autant plus qu'il n'a pas de trouble de la personnalité type psychotique, quel va être l'effet de cette HDT ? Comment on va le contenir ? L'amener à réfléchir sur une problématique davantage sociale que psychiatrique ? euh ... voilà ... mais en même temps, j'ai pensé au médico-légal... à l'autre histoire... je prends un risque... Il a déjà fait une TS, pris des médicaments... de l'alcool...
- Huum...
- Mais j'ai repensé à ma première situation... si lui, merde, ... qu'est-ce que je vais faire ?... comment je vais pouvoir résoudre ce problème là ?... On verra mais ...
- Oui.
- Je prends un risque du point de vue médico-légal.
- Vous êtes plus vigilant dans le cas de gens consultant pour un problème de dépression ?
- Ouais *ton assuré*, c'est là où je crains le plus euh... parce que les solutions sont pas simples. Quelqu'un dans un risque suicidaire, sans demande de soin... qui nie le problème ... agressif parfois... je trouve que c'est le plus désarmant. Un type qui a une douleur thoracique ben tu l'envoie à l'hosto, une fois sur deux tu te trompes c'était pas un infarctus mais bon ...
- Huum... Et l'événement indésirable c'est le suicide ou c'est l'aspect, « J'aurais du faire plus, plus faire attention ... »
- Ben oui... c'est d'abord le résultat mais c'est aussi le contre-coup, faire plus, voir un peu... euh... ce qu'on aurait du faire...
- Ce genre de situations, vous l'évoquez avec d'autres ?
- Oui. Ca je pense, qu'on ... qu'on... je sais pas si j'en ai parlé euh ... tiens ... si je crois.
- Même au plan extraprofessionnel peut être ?
- Euh... *réflexion 5 secondes* Oui, là oui. La première situation, parce que donc mon épouse connaissait cette personne là, on en a parlé, c'est vrai. Mais peut être plus là parce que je connaissais en dehors le patient... euh... qu'il y avait ce lien.
- Huum...
- J'ai eu un autre patient qui s'est suicidé mais là...ça faisait un an que je ne l'avais pas vu euh... plus du tout dans une démarche de soin...
- Ouais...
- Plusieurs fois je l'avais pris en charge...
- Huum...
- Puis depuis un an, je sais pas pourquoi, je n'avais pas de nouvelles...
- Huum...
- Plus de demande de soin...l'entourage visiblement ne s'est pas inquiété et puis bon, il s'est foutu un coup de pistolet dans la tête.
- Huum...
- Là, je me suis pas senti du tout impliqué... auprès de ce patient... On peut pas sauver toute l'Humanité, je peux pas tous les appeler le matin en leur demandant si ça va... euh ... si ça va pas bien appelez moi.
- Huum...
- Bon voilà, je vais pas non plus ... euh...
- Huum... La femme du premier patient... vous la suivez toujours ?
- Non...enfin je l'ai revue... Elle est venue un jour, moi je lui avais exprimé que je me sentais un peu... enfin, je m'étais un peu impliqué en disant « J'aurais dû l'hospitaliser, je regrette » ... enfin bon... euh ...
- Oui.
- Et c'est elle qui m'a dit : « Bon, moi aussi... » Enfin, je pense qu'elle vivait avec lui au quotidien et que bon elle en bavait aussi... Elle a culpabilisé plus pour elle-même... parce après cette phase de « soulagement »... Ca a été plus dur pour elle de s'en sortir...
- Comme tous les médecins peuvent être exposés à des situations à la fois très similaires et très différentes, que faudrait-il leurs proposer ?... dans le cadre des médecins généralistes...
- *Réflexion 10 secondes* Ben euh probablement euh... moi je crois que ce qui serait intéressant, ça serait de faire un peu ce qu'on propose aux étudiants, de la réflexion clinique, c'est-à-dire essayer de se remémorer tout le patient au plan clinique, c'est à dire aussi du contexte, des antécédents, etc. Et puis quels éléments auraient été à prendre en compte... quels éléments je n'ai pas pris en compte... qu'est-ce qu'il aurait fallu pour là encore... euh... améliorer ma pratique... la prise en charge ...
- Huum...
- Améliorer la prise en charge préventive de ces événements indésirables en fait.
- D'accord. Une utilisation formative ?
- Oui, pédagogique. C'est ça. Tout a fait. Je pense à une autre situation d'embolie pulmonaire où euh... c'était pas du tout clair ce qu'il s'était passé...
- Huum...
- Où il a fallu du temps pour faire le diagnostic... et je me dis... heureusement, c'était une petite embolie pulmonaire mais ça aurait pu en être une grosse !
- Huum... Oui.
- Ça je le dis aux étudiants, embolie pulmonaire et grossesse extra-utérine, C'est les pièges cliniques auxquels il faut penser tout le temps à la limite. Euh... Et puis de voir quels sont les éléments euh... qui orientent ou pas le diagnostic ... Il vaut mieux se tromper à tort que de laisser passer des situations où il y a quand même des choses à faire...
- Ça implique de faire plus de bilans ?
- Oui... si on doute... il faut.
- Et pour la formation de se plonger dans le sujet ? Vous l'avez fait ?
- Oui oui. Sur les signes qui sont les plus prévalents... En se souvenant que cette patiente qui se plaignait à chaque fois de tout et de rien, angoissée... qui avait déjà fait de multiples crises d'angoisse ben oui, elle avait quand même un pouls accéléré, un petit fébricilé euh, bon de petits éléments qui pouvaient faire dire, faisons vite un électrocardiogramme. Oui, voilà.
- Huum... Le diagnostic a été écarté par...
- ... par le diagnostic a priori chez une personne anxieuse !
- Ouais, Huum...
- On catégorise vite !
- C'est l'étiquette mise sur le patient, c'est ça ?
- Oui.
- Et du coup pour enlever ces étiquettes euh ... Vous passez du temps ?
- Ben oui, plus. Et là encore une certaine vigilance, remettre en cause le diagnostic subjectif... Rester vigilant.
- Huum...
- Voilà, rester vigilant.
- Merci de m'avoir accordé cet entretien.
- Mais ... euh de rien.

Entretien E.

- Bonjour. Euh... je vérifie qu'il n'y ait pas de soucis techniques comme j'enregistre l'entretien... hop, c'est bon.
- Bonjour. *rire*
- Donc je m'appelle Marc Chanelière, je suis résident en sixième semestre, en ce moment en SASPAS, et je réalise un travail dans le cadre de ma thèse de Médecine Générale.
- Ok.
- Elle porte sur la survenue d'événements indésirables dans la pratique des médecins généralistes.
- Oui.
- Cela part du constat que dans sa prise en charge d'un patient, le médecin généraliste peut être confronté à la survenue d'un événement indésirable, une situation inattendue qui a des conséquences parfois importantes sur le malade.
- Hum...
- Mon hypothèse est qu'il y a aussi des conséquences sur le médecin, notamment sur sa pratique.
- D'accord.
- Je réalise des entretiens auprès de médecins généralistes, enregistrés en format numérique, anonymes, et transcrits secondairement afin de les analyser. Le but n'est pas de juger d'une pratique bonne ou mauvaise mais de discuter, hein...
- Oui, d'accord.
- Alors pour commencer, vous êtes installé ici depuis combien de temps ?
- Euh... 1981.
- D'accord. C'est votre premier cabinet ?
- Oui.
- Et vous exercez la médecine depuis combien d'années ?
- Depuis euh... la même année, thèse en 1981.
- Et vous êtes âgé de ... ?
- 53 ans.
- Votre patientèle se constitue comment ?
- Euh... tu veux savoir les pourcentages genre sécu ?
- Non, enfin, ... globalement.
- Globalement euh, et bien, dans la moyenne de la patientèle du département... c'est-à-dire autant de vieux que d'actifs...
- Des enfants aussi ?
- Oui oui. C'est varié, dans la moyenne du département.
- Vous exercez en semi rural ... semi...
- Oui, en semi-rural ... enfin, je ne suis pas loin de [REDACTED] quand même. Donc pas rural trop.
- D'accord.
- Dans la moyenne quoi. Une activité variée.
- Alors, j'ai parlé d'événement indésirable, c'est un terme qui vous est familier ? ... Cette notion ?
- Fouuu... oui. *marque une pause*
- Hum...
- Oui enfin, ça représente plusieurs choses ... Disons, euh ... les effets indésirables médicamenteux qui sont enfin, connus, parfois et puis aussi, euh, cela peut être du domaine relationnel ou alors ... euh, dans le cadre d'un diagnostic fait avec retard par exemple. Voilà. Oui, ça peut être à plusieurs niveaux, tout dépend de comment on se place.
- Hum. C'est ce que vous mettriez derrière cette notion d'événement indésirable ?
- Oui. Oui enfin... oui, en gros ça.
- J'ai une définition à vous proposer, issue de publications officielles du Ministère de la Santé, je vous la propose: *Par événement indésirable, il convient d'entendre tout effet fâcheux, immédiat ou différé, sur la santé des individus ou des populations, survenu à la suite de soins préventifs ou curatifs.*
- Oui... euh ...
- Je vous la lis à nouveau. *Par événement indésirable, il convient d'entendre tout effet fâcheux, immédiat ou différé, sur la santé des individus ou des populations, survenu à la suite de soins préventifs ou curatifs.* Qu'est-ce que vous pensez de cette définition ?
- Et bien, ... il y a une notion temporelle... c'est ça, effet immédiat ou différé ... plus tard donc, c'est bien parce que les conséquences sur le patient sont parfois tardives et surviennent pas de suite... Et puis, d'un individu ou aussi d'une population ... la dimension du soin également. Oui, elle est pas mal. Les aspects curatif et préventif.
- J'en ai également une autre... que je vous soumets.
- Hum...
- Par événement indésirable, on désigne *tout événement survenu dans la pratique d'un médecin, qui ne devrait pas se produire, qui n'a pas été anticipé et qui fait dire au médecin : "Ca ne doit pas arriver, je ne veux pas que cela se produise à nouveau"*. Que pensez-vous de cette définition ?
- Alors là ... euh *réflexion 5 secondes* Tu peux me la relire ?
- Oui bien sûr. Par événement indésirable, on désigne *tout événement survenu dans la pratique d'un médecin, qui ne devrait pas se produire, qui n'a pas été anticipé et qui fait dire au médecin : "Ca ne doit pas arriver, je ne veux pas que cela se produise à nouveau"*.
- Là, ... il y a la notion de ce qui est évitable alors que un événement indésirable ça peut arriver comme ça... au hasard ... Par exemple, le médecin suit les référentiels pour prendre en charge un patient et puis il se produit un truc ... fâcheux... alors que pourtant il a eu une prise en charge sans erreur. Là, il y a ... oui, la notion que si on fait attention, on peut éviter l'événement indésirable en fait.
- D'accord. Cette seconde définition cible des choses qui peuvent être attendues donc, c'est bien ça ?
- Oui. Par exemple, si on fait attention en donnant des AINS à quelqu'un qui a des soucis gastriques, on évite la survenue d'un ulcère ou d'une complication de ce type... Ou alors la chute chez une personne âgée... c'est un événement indésirable, mais elle peut être due à la prescription d'un traitement antihypertenseur par exemple... Alors que si on fait attention, on peut réduire le risque de chute.
- Hum...
- Non. *pause 5 secondes* Cette définition ne décrit pas vraiment bien les choses... elle oublie le patient... Elle cible l'effet sur le médecin.
- Et l'erreur médicale, enfin, la notion d'erreur médicale vous la positionnez comment par rapport à cette notion d'événement indésirable ?
- Et bien, ... c'est différent. Un événement indésirable survient alors que la prise en charge du patient a été bonne ... adaptée ... alors que dans l'erreur médicale, il y a une erreur commise par le médecin. L'idée que tout n'a pas été mis en œuvre par le médecin.
- Oui...
- Mais une erreur médicale est aussi un événement indésirable ...
- Hum...
- Voilà.
- Il y a une phrase qui figure dans une publication officielle concernant les événements indésirables. Je vous la lis. Et vous me direz ce que vous en pensez ensuite. *"La survenue d'un événement indésirable ne signifie pas nécessairement qu'une erreur a été commise dans la prise en charge du patient"*.
- Oui, oui c'est un peu ce que je dis.
- C'est-à-dire ?
- Et bien que dans l'erreur, il y a euh... un caractère évitable si le médecin a une conduite adaptée... tandis que les événements indésirables sont parfois inévitables et surviennent sans faute... du médecin...
- Hum...
- Même si parfois, il y a des tableaux atypiques qui font que tout médecin peut passer à côté d'un diagnostic, se faire avoir... Mais cela procède de la pratique et de l'expérience. La seconde définition inclut aussi la réaction du médecin face à cela... une dimension effet sur la pratique du médecin en fait, ça c'est un truc retenir. C'est un effet positif sur le médecin...
- ... sur sa pratique ?
- Oui, sur la pratique du médecin ... je dois faire telle ou telle chose selon ces références pour éviter la survenue d'une conséquence dommageable pour le patient.
- Hum...
- Oui. Une forme de protection ... de prévention en fait.
- D'accord. Alors maintenant, à brûle pour point, est-ce que vous avez des exemples de situations d'événements

- indésirables dans votre pratique professionnelle ? ... Qui vous viennent à l'esprit ?
- *pause de 10 secondes*
 - ... c'est-à-dire de situations, où un truc est arrivé ... euh... que vous n'attendiez pas ...
 - Oui. *rires* Enfin, là je ne m'en souviens pas mais oui cela a du arriver.
 - ... un événement indésirable ...
 - Oui ... euh ... qu'est ce qu'on pourrait dire ... un événement indésirable ... un effet médicamenteux indésirable... ou relationnel... pfou... *pause* Je les oublie parce ... je ne culpabilise pas là-dessus... avec le temps, moins je pense qu'un jeune installé.
 - Culpabiliser, c'est-à-dire ?
 - Et bien parce que si on ne prend pas de la distance dans sa pratique, on ne peut pas exercer 24 ans en médecine générale je pense ... enfin...
 - Huum...
 - Non, mais euh ... si c'est arrivé ... *réfléchit 30 secondes environ* Prescrire un traitement antihypertenseur qui occasionne des chutes chez des personnes âgées mais c'est un effet secondaire... C'est un événement indésirable...
 - Ça vous est arrivé dans votre pratique ?
 - Oui... oui je dois bien en avoir eu 2 ou 3 mais bon.
 - Vous faites attention quand vous mettez en place un traitement antihypertenseur ... vous y penser ?
 - Oui.
 - Oui ?
 - Oui. Disons que depuis 5 ans je fais attention aux interactions médicamenteuses grâce à l'informatique. Il y a un module d'analyse des prescriptions, qui met en évidence les interactions médicamenteuses.
 - Ça vous y faites attention ?
 - Oui. Avant, il y en avait que je ne connaissais pas... et puis disons qu'on n'allait pas vérifier pour chaque médicament dans le Vidal si il y avait tel ou tel risque... telle contre-indication, ... trop de pfou.... *mime l'agacement*
 - C'est une avancée de l'informatique ?
 - Oui. Par exemple, faire attention si on prescrit un médicament qui allonge le QT alors qu'il y en a déjà un autre qui allonge cet intervalle. Tu vois ?
 - D'accord.
 - C'est dans une démarche d'amélioration. Comme le fait de suivre les référentiels, maintenant, on est moins prescripteur d'exams comme ça, c'est bien codifié pour plusieurs choses. On fait moins les choses comme ça...
 - Cette analyse de la prescription vous y recourez ...
 - Systématiquement, et je vais voir quand elle met des interactions en évidence.
 - La dimension médico-légale là-dedans, elle se situe comment ?
 - Ah ben c'est sûr que cela joue aussi.
 - Huum...
 - Maintenant, on doit être en mesure de prouver ... de prouver ... qu'on a fait telle et telle chose, que cela s'inscrit dans une démarche coordonnée... de mise en place d'un raisonnement.
 - Cela implique d'avoir recourt plus facilement aux explorations paracliniques ... ou à l'avis spécialisé ?
 - Oui... parfois.
 - Plus systématiquement ?
 - Il faut éliminer tel truc, ou tel diagnostic donc avoir tel conduite... en fonction des référentiels. Pour prouver ensuite ...
 - D'accord.
 - Et puis le spécialiste peut se planter aussi... si le cardiologue n'a pas fait le diagnostic ... hein... Il y a aussi les maladies avec un début très frustré comme certains cancer... style le néo du pancréas...
 - Tout à l'heure en début d'entretien, vous avez parlé du domaine relationnel ...
 - Oui. Tsssch... Parfois, ... je pense il faut expliquer au patient, ne pas leur cacher quand un truc s'est produit.
 - Vous avez déjà été dans cette situation ?
 - ... oui heu ... fouuu...
 - De vous sentir sinon coupable ... c'est difficile mais le sentiment de devoir dire au patient : « Là, il y aurait peut être fallu faire comme ci ou comme cela... »
 - Oui, peut être mais je ne m'en souviens pas... euh...
 - Vous pensez qu'il faut informer le patient dans le cas où un événement indésirable – erreur comprise – survient, c'est bien cela ?
 - Oui. Pour ... pour assainir les choses et se décharger également.
 - Donc c'est pour le patient ou pour le médecin ?
 - Pour les deux en fait.
 - Et en parler avec des confrères ?
 - Aussi oui.
 - Vous l'avez déjà fait ?
 - ...
 - Je veux dire d'en parler avec des confrères.
 - Oui... oui... parfois, mais je n'ai pas d'exemples de situations en tête.
 - Vous avez parlé d'amélioration et de référentiels... c'est quelque chose qui semble important à vos yeux ?
 - Huum... oui, effectivement.
 - Huum...
 - Et dans votre pratique, il y a des choses qui ont changé depuis le début de votre exercice ?
 - *Réfléchit 15 secondes* Et bien justement le fait de suivre des conduites à tenir ... genre tous les 2 ans il faut faire une mammographie etc.
 - Et au niveau relationnel ?
 - ...
 - C'est-à-dire dans ce qui touche à la relation médecin – patient ?
 - C'est difficile... je n'ai pas été formé dans mes études à la relation médecin malade, il a fallu apprendre avec la pratique. Maintenant, je crois que c'est différent dans le DES de Médecine Générale où vous avez plusieurs séminaires sur la relation médecin malade et où on vous forme au relationnel...
 - Huum...
 - Je pense que je suis plus à l'écoute... j'essaie de l'être. Je pense que parfois on passe à côté des trucs parce qu'on n'est pas suffisamment à l'écoute...
 - Concrètement, vous passez plus de temps avec les patients ?
 - Oui mais en même temps, c'est difficile parce qu'on en demande plus...
 - Huum...
 - Tiens, j'ai un truc qui me revient si... Un événement indésirable.
 - Huum... Oui.
 - Je peux te le raconter...
 - Oui...
 - C'est à type qui faisait du vélo. Sans antécédent cardiaque. Un type sportif qui pédalait sur les routes. Un jour il vient me voir en me disant que depuis longtemps, quand il fait du vélo, il a des remontées acides... heu, genre des rots quoi... surtout en faisant du vélo.
 - Huum...
 - Des brûlures au niveau gorge et une sorte d'embarras digestif. Je l'examine, rien de particulier, et ça faisait reflux gastro-oesophagien son truc. On fait donc des exams pour explorer cela... le tube tout ça *mime gastroscopie* et on trouve bien un reflux. Je mets donc en route un traitement, un traitement un peu d'épreuve et cela améliore les choses. On conclue à un reflux, qui apparaît parce qu'il est un peu penché vers l'avant sur son guidon mais bon ... déjà ... ça convenait pas trop ...
 - Ok.
 - Et puis un jour, le type fait des douleurs thoraciques une nuit ...
 - Oui.
 - Il est hospitalisé ... maintenant, il est triple ponté... Pourtant il était sportif. Il a fait un infarctus. Il n'avait pas de facteur de risque, un type la quarantaine, sportif.
 - C'est difficile mais ce cas ... pour vous, c'est une erreur ou c'est un événement indésirable ?
 - *Réflexion 5 secondes* Les 2. Il y avait une dimension importante mise de côté, cela survenait à l'effort.
 - Et cela n'avait pas été pris en compte ?
 - Le patient a reconnu que les douleurs qu'il a eues lorsqu'il a fait son infarctus étaient différentes de ce qu'il faisait quand il faisait du vélo. Mais, c'est difficile de mettre de côté son diagnostic parfois... avec comme ...
 - Comme une étiquette, derrière laquelle il faut aller voir ?
 - Oui, voilà.

- Et la solution passe par l'écoute ?
- Huum... oui. Le type maintenant il fait du vélo mais il n'a pas récupéré comme avant quoi.
- Vous le suivez toujours ce patient ?
- Oui oui.
- La relation médecin malade, elle a été changée selon vous par la suite ? ... Avec ce patient ?
- Non ... non. Je le vois toujours, et il me fait toujours confiance.
- Ok. Ok.
- Huum... Je lui ai dit que les symptômes qu'il présentait, type reflux étaient probablement déjà en rapport avec un problème cardiaque. Il l'a très bien compris... que peut être on aurait pu mettre en évidence ça...
- Et le caractère « survient à l'effort » vous y êtes sensibilisé maintenant ?
- ... justement...
- Justement, c'est à dire ?
- J'ai vu récemment un patient de 38 ans, qui n'a aucun antécédent particulier. Il décrit une sensation de gêne ... de quelque chose « là »... *montre son cou*... enfin, ça ne veut rien dire « là ».
- *sourire*
- au niveau de la gorge.
- D'accord.
- Il a déjà eu des examens qui sont tous négatifs, fibroscopie ORL etc.
- Oui.
- Je l'ai envoyé chez le cardiologue, parce qu'il m'a expliqué que cela survenait quand il faisait des efforts. A l'effort donc ...
- Vous avez pensé à l'autre patient ?
- *rire* le lien a été immédiat.
- Huum... Donc rendez-vous chez le cardiologue ?
- Oui.
- Et ?
- Je n'ai pas le résultat, j'attends ... je crois qu'il le voit le ... la semaine prochaine...
- D'accord.
- Pour son épreuve d'effort.
- Vous avez expliqué au patient pourquoi ...
- Oui oui. Je lui ai expliqué qu'il pouvait y avoir un risque qu'il s'agisse d'un problème cardiaque sous-jacent. Il a bien compris. Je veux dire, si c'est négatif, bon ben on est tranquille. Il fait son épreuve d'effort et on voit.
- Huum...
- Voilà.
- Cela n'a pas généré trop d'angoisse au patient ?
- Euh... non, je crois qu'il a bien compris pourquoi il fallait faire des examens.
- Si on revient aux références, aux référentiels ... et à leur application, vous pensez que parfois, elle peut générer un événement indésirable ?
- Euh ... *semble hésitant*...
- C'est-à-dire, j'applique les recommandations pour mon patient et boum ! Il se produit un truc pas prévu, pourtant j'ai tout bien fait comme il faut ...
- Oui ... je vois plus les effets secondaires des médicaments, qui sont connus des labos enfin souvent ... Et puis les références peuvent changer et tout dépend de l'interprétation que l'on en fait...
- Euh, c'est à d...
- Et bien par exemple, on dit un frottis tous les 3 ans à partir de 2 frottis normaux ... mais si j'ai un frottis inflammatoire ... je dis c'est bon et puis 3 ans plus tard il y a un truc et on se dit oui mais il y avait un frottis inflammatoire alors que parfois, c'est l'anatomopathologiste qui va dire, frottis ok alors qu'il est inflammatoire sur sa lame...
- Huum...
- Les référentiels dépendent aussi des connaissances de la science à la date de leur création...
- Oui.
- Oui.
- Vous voulez dire qu'une recommandation peut changer, une chose admise ... une conduite à tenir peut devenir caduque ?
- Oui.
- Comme le THS ?
- Oui ... enfin, le THS, ... Disons que nous avons été... sous pression des labos et qu'on prescrivait largement... Mais « Prescrire » avait bien dit que rien n'était bien établi... se pose le problème des sources de formation. Il faut qu'elles soient indépendantes sans ... sans ... sans conflits d'intérêts. Moi, on ne m'a pas formé, au début, je croyais que ... je pensais que les nouveaux médicaments, c'étaient les laboratoires qui allaient nous les montrer et nous délivrer de l'information *rire*
- Huum...
- Il me semble que les jeunes sont maintenant plus sensibilisés là-dessus.
- Huum... Il y a des thérapeutiques que vous avez retirées de votre pratique ?
- Euh...
- Par exemple, des médicaments de votre pharmacopée ?
- Euh... oui ... mais ... je fais gaffe aux interactions ... euh, ça rentre dans ce cadre de formation en fait.
- Vous évoquez la formation ...
- Bien sûr. Il faut exploiter ces situations...pour ... pour ... *cherche ses mots*
- ... dégager d....
- Une amélioration de la pratique ?
- Voilà.
- Il y aurait donc un potentiel formatif derrière ?
- Oui, sûrement.
- Et selon vous, qu'est-ce qu'il faudrait proposer aux médecins généralistes ?
- Déjà au niveau de la formation initiale, connaître les conduites ... les prises en charges ... Elles sont opposables au besoin, y compris au conseil de l'Ordre. Souvent, ce sont de vieux médecins qui ne sont pas toujours au courant. Si vous dites j'ai fait ça et ça, comme mentionné ici dans tel consensus, vous serez écouté...
- Huum...
- Après... euh... l'utilisation de l'informatique ...
- C'est un aspect plus difficile... et au niveau psycho relationnel ... pour les médecins ?
- ... parler avec des confrères... rompre la culpabilité...Voilà... C'est bon ?
- Oui, merci de m'avoir accordé cet entretien.
- De rien.

Entretien F.

- Vous m'avez sûrement vu en enseignement...
- Il me semble bien ...
- Je suis en fin de cursus.
- D'accord.
- Je m'appelle Marc Chanelière. Je suis résident en sixième-
semestre.
- D'accord.
- Là actuellement je suis en SASPAS ...
- Oui.
- Ça me libère des créneaux pour travailler ma thèse. Elle porte
sur les événements indésirables sur le médecin généraliste,
plutôt sur sa pratique. En fait c'est parti du constat, qu'au court
de la prise en charge d'un malade, un médecin - pas
seulement un généraliste - peut *et est* confronté à la survenue
d'événements indésirables et c'est assez logique qu'il peut y
avoir des conséquences sur la santé des patients. Ce qui est
moins et c'est l'hypothèse de mon travail, c'est qu'il y a aussi
des conséquences sur le médecin généraliste. Il y a très peu
de données là-dessus.
- Oui
- Donc je fais des entretiens auprès de médecins généralistes,
pour essayer de dégager un petit peu ces... voir si mon
hypothèse est validée. Les entretiens sont enregistrés, je les
transcris secondairement, ils sont complètement anonymes.
- Oui.
- Le but c'est absolument pas de juger de la pratique d'un
médecin, c'est vraiment d'essayer de dégager un petit peu les
conséquences. Voilà. Avant de commencer, j'aurais des
questions d'ordre général. Vous exercez la médecine depuis
combien de temps ?
- Euh... 25 ans...
- 25 ans ! Et votre âge sans être indiscret ?
- Au mois de Juillet cela fera 25 ans ; je suis née en 52 donc j'ai
53 ans.
- D'accord. Vous êtes installé dans ce cabinet, euh... ?
- Alors on était dans un autre cabinet jusqu'à il y a 5 cinq ans et
on a... euh intégré un associé, d'ailleurs c'était le premier-
stagiaire *rire*
- Huum...
- Qui nous rejoint et donc on est venu sur ce lieu là depuis cinq
ans.
- Depuis 5 ans d'accord. Et votre, euh... vous avez exercé
auparavant en groupe, ou seule ?
- Bah j'étais avec [REDACTED], donc... Déjà une association.
- Et vous êtes installé en cabinet depuis combien de temps ?
- 25 ans.
- 25 ans ?
- Voilà.
- Vous avez fait des remplacements ou il y a eu une installation
rapidement...
- Huum... Oh j'ai fait un remplacement avant de m'installer [REDACTED]
- D'accord.
- Voilà.
- Le type de votre patientèle de votre cabinet, c'est plutôt quoi ?
- Tout venant...
- Tout venant ?
- Toute classe sociale confondue. Tout venant, toute origine
ethnique. Médecine générale, de base !
- C'est bien *rire* c'est idéal ! Ok. On va passer à l'entretien
proprement dit. J'ai employé la notion d'événements, enfin,
d'événements indésirables. Est-ce que c'est un terme ou une
notion qui vous est familier ?
- J'ai compris ce que vous vouliez, enfin je l'espère.
- C'est quoi pour vous, événement indésirable, ça représente
quoi ?
- Tout ce qui peut arriver de... d'inattendu et de perturbant dans
la prise en charge d'un patient.
- Huum, Huum...
- Voilà.
- D'accord. Là vous donnez un cas général, ça serait quoi par
exemple pour vous ?
- Tout ce qui est accident thérapeutique, liés aux effets
secondaires non attendus des ... des soins, des remèdes bien
sûr, mais pas seulement... des explorations aussi.
- Ouais... J'ai une définition à vous proposer, c'est une
définition utilisée par le Ministère de la santé pour définir les-

événements indésirables, *par événement indésirable, il convient d'entendre tout effet fâcheux, immédiat ou différé, sur la santé des individus et des populations survenus à la suite de soins préventifs ou curatifs.* Qu'est-ce que vous en pensez de cette définition ?

Euh, il faut l'élargir, euh... effectivement à la pratique généraliste.

Ouais.

Voilà.

Vous trouvez qu'elle est trop ciblée, euh... ?

Bah, si j'ai bien entendue votre définition, elle euh... correspond, euh... aux répercussions sur la santé des usagers.

Ouais.

Alors qu'en fait elle a, ces événements ont effectivement des répercussions sur la pratique médicale, parfois sur la santé du médecin d'ailleurs *rire* mais euh... aussi sur la pratique médicale.

D'accord, donc vous trouvez qu'elle cible trop... trop le patient... trop l'utilisateur du soin et pas assez les acteurs euh... enfin...

Enfin, c'est la dimension qui manque. Voilà.

Huum... D'accord. J'ai une autre définition à va proposer pour événement indésirable, *tout événement survenu dans la pratique d'un médecin qui ne devrait pas se produire, qui n'a pas été anticipé et qui fait dire au médecin, « Ca ne doit pas arriver, je ne veux pas que ça se produise à nouveau. »* Qu'est-ce qu'elle vous inspire cette définition ?

Alors tout événement qui...

Je vous la relis.

Voilà.

Tout événement survenu dans la pratique d'un médecin qui ne devrait pas se produire...

Huum...

Qui n'a pas été anticipé et qui fait dire au médecin, ça ne doit pas arriver, je ne veux pas que ça se produise à nouveau.

Euh, oui peut-être en même temps cette définition-là ne prend pas en compte, euh... les répercussions suffisamment sur l'usager du coup...

Sur l'usager ?

Donc elle fâche le médecin en quelque sorte qui souhaite que cela ne se reproduise jamais mais... On ne sait pas ce que ça fait sur l'usager donc peut-être qu'il faut trouver une définition... moyenne! qui tienne en compte... qui tienne compte des deux. La première c'était trop centrée sur l'usager et celle-ci elle est trop sur le médecin. A mon avis oui, voilà.

D'accord, ok. Dans votre pratique, en repartant un petit peu de cette définition et puis de la première, est-ce que spontanément, vous avez des exemples d'événements indésirables ?

Oui, donc c'est ceux que j'avais évoqués, c'est sur les effets secondaires des médicaments. Donc typique c'est l'ulcère de l'estomac provoqué par un traitement AINS, et puis y en a d'autres, les accidents dans le cadre des traitements anti-coagulant, ça ça j'y pense souvent, euh... Et puis tous les remèdes plus ou moins supportés, euh... qui conduisent à un arrêt de prescription, euh... Voilà ça c'est des effets indésirables habituels. Sinon euh, les effets, les incidents, j'avais évoqué, la question des, ben... des modifications de positions du patient, qui, pour lequel, on démarre une prise en charge pour une pathologie et puis qui se fait convaincre ou qui se persuade que finalement ... on n'est pas le meilleur acteur ... qui change de système de soin et qui va s'adresser à un spécialiste

Huum...

Même d'ailleurs sans obligatoirement ne pas être content de ce que l'on fait mais parce qu'il pense que ça serait mieux, et là il y a effet indésirable parce qu'il y a, comment dire, collision entre 2 prise en charge qui sont sans doute aussi valables l'une que l'autre mais qui sont pas coordonnées et pas réfléchies dans le même sens. Puisque vous savez qu'on réfléchi à un diagnostic puisque ça, ça ne voit pas dans notre travail mais on toute une progression dans la tête, et si le patient s'adresse à un autre médecin entre temps, évidemment cette progression est cassée. Voilà. Effets indésirable encore comme pour le coup, où on envoie le patient chez un spécialiste dans une idée particulière et qu'on un retour qui n'est pas celui qu'on attendait. Ça c'est des choses qui arrivent aussi. Effet ennuyeux, c'est la plainte aussi quand on a une plainte au niveau du cabinet médical. Voilà.

Vous avez parlé d'ulcère,

Oui

- De problème anti-coagulant, vous avez déjà eu des soucis avec ça au cours de votre pratique déjà ?
- Oui, oui. Bien sûr. Oui.
- C'était au début de votre pratique, c'était...?
- C'était au début mais ça peut arriver encore demain, enfin, - personne n'est à l'abri
- Et euh... Vous dites que « je suis sensibilisé à ça ». C'est-à-dire que vous vous êtes sensibilisé parce que vous avez rencontré un jour avec un patient un souci ?
- Certainement. Oui il y a ça et puis il y a aussi la sensibilisation qu'on obtient dans nos formations, dans notre, euh... oui dans la formation médicale continue, c'est évident. Mais y a aussi l'accident qu'on a eu d'ailleurs, qui est quelque chose qui fait progresser tout le monde de toute façon comme personne n'est parfait et que tout le monde se trompe. D'une façon ou d'une autre, ça arrivera à tout médecin d'avoir un effet indésirable de la prescription qu'il a faite, ou une... un effet lié au fait qu'il ne l'a pas faite correctement. Ou d'une façon bien entendue par le patient, et dans un contrat clair et qui permette que les choses soient claires pour chacun. Donc on progresse par rapport à ça. Oui.
- Et ce « côté faillible » finalement vous en avez pris conscience comment ? Vous avez eu un événement où vous vous êtes dit là « oui, là je me suis trompé » ?
- Euh j'en ai pas dans la tête comme ça. Mais ce qui m'a fait comprendre que, qu'il fallait faire attention parce qu'on était faillible c'est plutôt les erreurs de diagnostic.
- Hum...
- Alors ça, ça a été très rapide parce que ça nous arrive à tous. Enfin, je ceux dire... L'erreur typique de diagnostic, une fois une dame est venue parce que quand elle s'accroupissait pour aller aux toilettes elle n'arrivait pas à se relever. Une dame bien costaud, de 35 ans en parfaite santé.
- Hum...
- Je l'ai examinée des pieds à la tête après qu'un remplaçant l'ai fait d'ailleurs, on a fait quelques analyses et ne comprenant pas cette défaillance motrice, je l'ai envoyée chez un neurologue.
- Hum...
- ... Lui il a pensé à une chose toute simple... c'est qu'elle avait une maladie de Basedow très évoluée, qui donnait ce symptôme là.
- Oui.
- Et puis quand j'ai revu la patiente, il y avait tout la série et comme je la voyais régulièrement, je ne voyais pas l'apparition des symptômes. C'est le cas typique du diagnostic où on se trompe quand on voit les gens tous les jours alors que lui, qui la vue la première fois, il a vu le... , euh... l'exophtalmie... la fébrilité. Et puis voilà, donc je me suis dit que très vite, qu'il fallait bien écouter et bien examiner les patients.
- Hum...
- Parce que, et j'ai acquis la conviction rapidement qu'une grosse partie des erreurs diagnostiques venait de... à la base de quelque chose qu'on avait ou pas entendu dans l'interrogatoire ou dans les plaintes ou qu'on avait mal examinées ou mal orientées... ou pas assez ouvert notre champ de réflexion, mais bon, euh...Voilà.
- Ça a changé après cet événement... ? Vous avez le sentiment que vous accordez plus de temps à l'interrogatoire ? Que vous êtes plus systématique ou je ne sais pas ... par exemple la palpation de la thyroïde, etc... ? Maintenant ça vous revient en tête et que vous faites, plus attention à ça ?
- Bien sûr. Et c'est vrai en tout cas, que j'ai acquis la certitude alors là franche avec les années qu'il fallait aller lentement et ça c'est très difficile au niveau de la pratique ... qu'il faille aller lentement. Les mêmes patients vont être demandeurs d'exams en urgence, rapidement alors qu'ils sont porteurs de pathologies sévères et vont nous en vouloir parce qu'on traîne à les interroger à les examiner...
- Hum...
- Alors qu'eux, ils attendent leur ordonnance, et les mêmes d'ailleurs vont nous mettre au tribunal parce que on a pas fait le diagnostic au bon moment, « D'ailleurs docteur je suis venu vous voir ... » donc ça c'est vraiment une tension permanente dans notre exercice, et pour l'instant ici au cabinet on a les moyens de se tenir à des examens d'une durée convenable.
- C'est-à-dire que vous avez le sentiment par exemple, qu'il y a une variation temporelle de vos consultations ? Ou que finalement, elles prennent pas plus de temps mais que par rapport à la demande croissante des patients pour quelque chose de plus rapide, vous avez réussi à maintenir une consultation qui prend plus de temps ?
- Ah non, je prends plus de temps que quand on était jeune. Carrément. Oui, oui tout à fait
- D'accord.
- C'est très rare que je mette moins de 20 mn, à part dans le champ des épidémies et encore dans le champ des épidémies, le seul qu'on va prendre en 8 mn, c'est celui sur lequel on va pas faire le bon diagnostic et dans le lots des gripes, ce sera la pneumonie, ça sera le diagnostic qu'il ne fallait pas louper. Donc On essaie quand même de vraiment rester constant et vous imaginez les contraintes que ça représente.
- Et cette patiente après là, elle est revenue...vous avez continué à la prendre en charge ?
- Ça n'a pas remis en cause la confiance qu'elle avait en moi... en remis en cause ma réflexion sur ma façon de pratiquer. Elle... elle a tout à fait... elle a peu perdu de temps, puisque je l'ai très vite envoyée chez un spécialiste qui lui, a redressé mon diagnostic, et donc après on l'a prise en charge, elle a été traitée. Elle va très bien depuis... Mais euh... c'est moi qui me suis remis en question et puis c'est pas la seule j'en ai eu toute une série comme ça.
- Et avec le spécialiste derrière il y a eu des relations, vous avez ressenti un gêne, ou...?
- Ah non pas du tout ! Non, non pas du tout ! Il a réorienté le diagnostic, il avait raison et bien tant mieux pour lui de ne pas s'être trompé et surtout tant mieux pour la patiente ! Ah non, moi je suis très calme par rapport à ça.
- Et vous avez dit aussi, en revenant au spécialiste tout à l'heure « ... des fois on les envoie chez le spécialiste et on pas la réponse que finalement on attendait... et ça peut compliquer les choses » ?
- Ah oui, ça c'est un vrai problème ! Parce qu'on a quand même beaucoup de collègues spécialistes, qui ne suivent pas les recommandations. Or souvent quand même je pense à un certain nombre de pathologies, on a besoin d'un complément de... euh... au niveau des spécialistes, effectivement pour vérifier qu'on est dans la bonne piste du diagnostic et du traitement...
- Hum...
- Mais aussi pour enfoncer un peu le clou au niveau du patient sur... « Non il n'est pas utile de faire autre chose que ce qui est en route et il faut le continuer avec constance » ; « oui pour un diabète il faut commencer par le régime »... c'est une vérité qui pour l'instant qui ne s'est jamais démentie dans ma clientèle, donc monter des escalades de traitement modernes qui coûtent très chers qui ne servent à rien, ça ne me satisfait pas comme réponse ! Et ça pour moi c'est un effet indésirable au niveau du suivi du patient.
- Et quand vous avez des réponses qui vous semblent inadaptées, comment vous faites alors pour gérer ça derrière ?
- Et ben c'est difficile, c'est difficile... Ben on sait que ce spécialiste rend ces réponses là, donc on avise après avec la façon de le solliciter et puis avec le patient ça dépend des fois !
- Ça change un peu la relation finalement que vous avez avec l'avis spécialisé du coup ?
- Oui.
- C'est-à-dire que vous demandez tel spécialiste pour telle réponse, c'est un petit peu ça qui se passe ?
- Ça dépend. Mais, parfois la réponse n'est pas celle que j'attendais, mais elle est parfaitement recevable et dans d'autre cas elle me met un peu en colère.
- Hum...
- Un effet indésirable auquel je pense, on l'a eu récemment deux fois.
- Hum...
- On a un collègue cardiologue qui s'est arrêté et une jeune femme l'a remplacé. A deux reprises elle vient de nous déstabiliser deux patients âgés en modifiant radicalement les traitements cardiovasculaires. Dans un des cas il a fallu faire une visite assez rapide et dans l'autre cas la dame a du être réhospitalisée en urgence avec intervention du SMUR tout bêtement parce que, euh... cette dame dans les suites d'une nécrose, il y a pas mal d'années, en sortant de l'hôpital avec un traitement bêta-bloquant... elle a décompensé une insuffisance cardiaque importante. Donc on a compris que le bêta-bloquant était contre-indiqué et on ne lui en mettait plus, l'insuffisance cardiaque est bien équilibrée sous traitement classique... IEC ...

- Oui.
- Or la nouvelle jeune femme qui s' est installée là en toute-bonne foi trouvant le cœur rapide a remis un bétabloquant,
- Huum...
- ... et immanquablement l'affaire est arrivée, le SMUR a dû intervenir et la patiente a été ré hospitalisée. Donc c'est vrai que ça c'est un vrai effet indésirable du suivi par le spécialiste.- Alors c'est très occasionnel, c'est une collègue qui est jeune et qui n'a pas encore appris que même si ses recommandations sont justes, il faut faire attention avant de déstabiliser des traitements des patients âgés.
- Huum...
- Bon voilà un pépin qui arrive nous énerve momentanément mais euh... ne nous fait pas juger la collègue.
- Et du coup est-ce qu'il y a des traitements suite à des accidents médicamenteux, des effets indésirables médicamenteux que maintenant vous ne prescrivez plus ?
- Oui je suis très prudente avec les anti-inflammatoires non stéroïdiens... Euh... Je suis vraiment, euh... j'essaie d'être de plus en plus prudente quand les patients sont sous-anticoagulant... Euh il y a des traitements psychotropes que j'ai arrêté de prescrire très vite quand on en a vu les effets indésirables alors qu'ils étaient encore utilisés, je pense au Survector, je n'en ai pas d'autre en têtes. Mais euh... bon moi je suis une vieille routarde de « la Revue Prescrire » donc j'essaie de m'y tenir et ce qui sort de nouveau je... j'y vais à la loupe.
- Et le potentiel formateur de tout ça ?
- De « Prescrire » ?
- Ou d'autres formations, vous y êtes venu, euh... J'allais dire, un peu naturellement ou finalement vous y êtes venue parce qu'il y a des événements qui sont, pas forcément-indésirables mais des situations où vous vous êtes sentie pas-armée ou en manque de connaissances ?
- Alors, c'est un ensemble. Ma curiosité naturelle m'a fait de toute façon prendre conscience très vite qu'il y avait une évolution thérapeutique que je pouvais pas loupier...
- Huum...
- Je peux loupier l'évolution thérapeutique de la chimiothérapie complexe de certains cancers, ça n'a pas d'incidence sur mes patients pourvu que je sache de quoi on parle ça suffit, en revanche j'ai pris conscience vite après que je me sois installée ... il est apparu au niveau des traitements des diarrhées du nourrisson l'indication des sels de réhydratation orale, ça je l'avais pas appris dans ma pratique et en quelque années 2,3 ou 5 ans on a appris qu'il fallait faire ça. J'ai compris aux premières lectures que les préconisations disaient de faire franchement autrement que ce que je faisais, et après 2 ou 3 lectures, j'ai changé ma façon de faire.
- Huum... Et votre façon de faire par rapport à d'autres-recommandations finalement...?
- Ou par rapport à ce que j'avais appris au départ et après c'est les nouvelles recommandations, la formation continue aussi.- Par exemple, c'est quelque chose qui peut paraître bête mais il m'a fallu une soirée de formation continue pour arrêter de-surveiller le diabète avec des glycémies bon c'est comme ça les autres ils avaient pas trouvé autrement moi je me trouvais-très bien avec des glycémies à jeun... Et j'ai compris que ça servait à rien et que ce qui était important c'était l'hémoglobine-glycquée.
- Huum...
- A partir de cette formation là, c'est une soirée qui a duré 2 h,-du jour au lendemain ça été le petit déclenchant qui m'a fait dire : « Maintenant le diabète c'est une hémoglobine glycuée-tous les trois mois. »
- D'accord. Finalement l'erreur médicale, par rapport à-l'événement indésirable vous la positionneriez comment ?
- *pause 10 secondes* Bah, c'est un événement indésirable oui,-l'erreur médicale. Parce que l'erreur médicale, c'est quelque-chose qui est mis en exergue par la société mais c'est le-commun de notre pratique quasiment quotidienne. La médecine, c'est difficile !
- Huum, Huum...
- Et moi, je revendique le droit à l'erreur médicale, à condition qu'elle n'est pas... qu'elle soit pas du... à un manque de-conscience professionnelle euh... à condition qu'effectivement elle garde des proportions qui permettent de la récupérer sans danger pour le patient et à condition... qu'on évolue derrière-avec. Voilà. Ce sont des événements indésirables inévitables mais dont on se doit de faire quelque chose avec.
- Donc y a des événements indésirables qui sont des erreurs ?
- Bien sûr...
- Et il faut que ça devienne un outil de formation ?
- Un outil d'évolution !
- D'évolution !
- Bien sûr, oui, oui. De réflexion personnelle pour le médecin et qu'il modifie petit à petit sa façon de voir et faire les choses.
- Vous avez déjà eu des formations, j'allais dire orientées erreur ou sur vos erreurs avec des collègues ou des formations, euh... ?
- Non. Non, j'en ai parfois discuté avec les... avec les collègues de mes erreurs ... avec les spécialistes... Puisqu'avec certains on a plus de contacts qu'avec d'autres. Non j'ai lu des articles, assez souvent et puis on discute ici au cabinet médical aussi.
- Vous pensez que c'est un manque ça ? Que ce serait quelque chose qu'il faudrait proposer aux médecins généralistes ?
- Je pense que oui, je pense qu'en même temps, il faut travailler ça il faut révolutionner l'idée de l'erreur médicale dans la société c'est tout.
- Huum. Il faudrait la révolutionner comment ? C'est-à-dire ?
- Et bien, la faire accepter, faire accepter au patient qu'un médecin c'est un professionnel qui peut se tromper à condition des limites que j'ai dites tout à l'heure !
- Huum... D'accord donc bien faire prendre conscience surtout au médecin, de leur côté faillible ?
- Evidemment. Bien sûr et en évitant une culpabilisation par la société.
- Et ce sentiment de culpabilité c'est quelque chose que vous avez déjà ressenti dans...
- Ah oui, très souvent bien sûr ! On aime pas quand on se trompe, on n'est pas très très à l'aise, hein.
- Vous avez entre guillemets géré ça comment ?
- Et bien comme j'ai pu parfois, j'ai... j'en ai discuté avec mon mari puisqu'on travaille ensemble, parfois on en discute au cabinet médical... parfois j'en discute avec d'autres acteurs... comme le cabinet infirmier, parfois avec les patients même...
- Huum...
- Eux-mêmes ! ... Je me souviens bêtement m'être trompé un jour, ben c'était tout simple. Un gosse venait pour un BCG, et je lui ai refait une cuti et je me suis aperçue que j'étais allé trop vite que j'avais pas regardé la logique du processus, c'était un jour où y avait beaucoup de monde et ses parents tiennent un magasin en ville je me suis arrêté le lendemain ou le surlendemain, j'ai demandé à voir la mère 2 mn et je lui ai dit : « Ecoutez, je suis désolée, vous me l'avez envoyé pour lui faire un BCG et je lui ai fais une cuti. Je suis allé vite, j'ai fait une bêtise, ne vous posez pas de question, c'est moi qui ai eu tort... »
- Huum...
- Et elle a apprécié que je m'arrête. Elle m'a dit : « j'ai eu l'impression qu'il s'était passé quelque chose de pas très attendu, je comprends mieux comme ça, pas de problème. »
- Huum...
- Et du coup vous l'avez suivis encore ce gamin ?
- Bien sûr ! Oui, Oui.
- Et derrière, avec la mère, il n'y a pas eu de soucis ?
- Non non. J'étais d'autant plus ennuyé que c'était un mineur, il avait dix ou douze ans, il était venu tout seul.
- D'accord.
- Donc là, euh... Je ne pouvais pas me permettre de laisser un point d'interrogation, euh... dans cette famille, quoi...
- Donc vous ressentiez le besoin d'aller voir la maman et de lui expliquer, et ... ?
- Oui, bien sûr. Bah oui. Mais ça m'est arrivé d'autres fois de me tromper et de le dire, de le dire aux personnes...
- Et la réaction des gens dans votre expérience quand vous avez fait cette démarche, c'était comment ?
- C'est toujours positif.
- Oui ?
- Oui. Parfois ils expriment un certains mécontentement parce que ça les agasse, parce qu'ils perdent du temps, mais la conclusion finale est quand même toujours positive. Quand on dialogue, quand on s'exprime, enfin ça j'en ai vraiment la conviction.
- D'accord. Vous avez dit aussi en début d'entretien, ça peut avoir des conséquences sur la santé des médecins. Vous vouliez dire quoi par là ?
- Oui. Et ben quand on dort pas la nuit, les médecins en burn-out, c'est aussi beaucoup ça !
- Huum.Ca vous est arrivé de tourner le soir et de repenser à des trucs ? *rire*

- Ah bah oui, vous verrez quand vous vous serez installé ... que vous verrez défiler dans l'après-midi ou dans la journée, euh...quinze ou vingt patients avec des problématiques différentes, vous...et parfois des questionnements difficiles, euh la nuit... vous vous retournerez en vous demandant si vous avez fait correctement ou pas et les conséquences de votre éventuelle erreur surtout ... maintenant avec les positions dans lesquelles on travaille, hein...
- Huum.
- Vous savez que l'hôpital ne nous... ne complète pas notre travail !
- Bien sûr.
- Aujourd'hui si on veut un complément d'avis, il faut se débrouiller à l'avoir en ville avec un collègue spécialiste qui nous rend service mais il faut pas compter sur l'hôpital et encore moins sur les urgences, donc euh...
- Huum...
- On engage nos responsabilités souvent très loin et il vaut mieux ne pas se tromper, ce qui est difficile !
- Huum...Et le côté médico-légal, c'est-à-dire un peu la médecine...
- Ah c'est la terreur pour moi !
- Ouais...
- Ah oui, ça j'ai peur. J'ai eu une plainte... qui n'est... qui s'est avérée... pour l'instant elle n'a pas abouti et elle est sortie, il y a trois ans ou quatre ans donc euh, euh, mais...je...ça m'a beaucoup perturbé et j'avoue que...j'ai peur !
- Huum... C'était une plainte sur... ? *ressenti émotionnel intense, questionnement prudent*
- Une jeune fille décédée d'une tumeur cérébrale...
- Huum...
- Une maman, une fois que sa petite jeune fille est décédée, a porté plainte contre moi en disant qu'elle ne comprenait pas pourquoi, euh...je n'avais pas fait d'examens complémentaires...
- Huum...
- Et elle m'a demandé de ressortir le dossier... Quand j'ai repris le dossier j'ai pu constater que, euh... la plainte essentielle de cette petite c'était des vertiges, mais ses vertiges n'ont jamais fait l'objet d'une seule consultation.
- Huum...
- Donc elle a pu évoquer sans doute l'existence de vertiges sur des pathologies intercurrentes...
- Intercurrentes, ouais...
- Quand elle avait la grippe, ou euh peut-être une fois en venant pour sa pilule mais je l'ai pas le noté sur la fiche...
- Huum...
- En revanche, je n'ai jamais une consultation... pour le motif vertiges ou autres, céphalées, vomissements, je ne sais pas. Donc euh, le reproche m'était fait, de ne pas avoir fait un scanner ou une IRM qui existait déjà à l'époque.
- Et du coup, par exemple dans une situation analogue, quelqu'un qui vient pour des vertiges. Est ce que vous recourez plus vite à...
- Ah oui !
- A l'imagerie ?
- Ca c'est sûr, ça c'est vrai.
- Plus systématiquement, plus rapidement ... C'est quoi finalement le meilleur qualificatif ?
- Bah, je... c'est peut-être plus rapidement.
- Et ce côté vertige c'est-à-dire que ça vous a obligé à vous-replonger sur la séméiologie des vertiges ?
- Non pas vraiment non parce que en principe quand on me consulte pour des vertiges c'est quelque chose que je fais... Donc je me suis pas senti mise en cause à ce niveau là...
- D'accord.
- En revanche, c'est vrai que, euh...je suis plus méfiante euh...comment dire, euh...peut-être, euh... dans le cours d'une consultation... aux plaintes à... autres. J'essaie de plus les noter et de ce fait, de rendre plus une réponse au patient.
- Huum, d'accord.
- Par exemple le patient qui vient pour une grippe, s'il me signale aussi j'ai une grosseur là, euh...par exemple une-tuméfaction cutanée quelconque, je vais, j'essaie de le noter sur la fiche et de lui dire à peu près ce que j'en pense et je pourrais surveiller l'évolution et d'être plus vigilante sur cet aspect. Mais c'est quand même un vrai problème de notre exercice, parce que vous savez le, qu'on est consulté pour une moyenne de 3 ou 4 motifs en même temps...
- Ouais...

Ce qui rend l'exercice très difficile et on est maintenant les seuls à faire ça ! Euh...dans le système médical ! Puisque maintenant et notamment à l'hôpital puisqu' ils ont une tarification à l'acte, donc euh...

Chaque, oui...

Voilà, ils vont s'occuper d'un problème et le reste peu importe, c'est pas leur problème

Ca rapportera moins d'argent donc, euh...

Voilà ! alors que nous, on est sollicité sur tout ! Donc c'est vrai cet incident il m'a surtout appris que... que c'était une famille justement qui était une famille tout à fait normale tout à fait gentille, respectueuse. Mais qui me demandait toujours des rendez-vous absolument en fin de journée entre 18h30 et 20h. Euh... qui passait pour des renouvellements d'ordonnance en essayant de les avoir avec un examen rapide ou sans examen.

Ouais ...

Et, euh... Qui ne se prêtait pas volontiers, euh...à la prise de rendez-vous et à des auscultations calmes et lentes. Et donc euh... et dans cette famille par ailleurs j'avais le problème avec le papa qui était suivi pour une hypertension et avec qui il fallait que je me batte un petit peu pour qu'ils viennent à des rendez-vous fixes et pas renouveler indéfiniment sur des passages très rapides.

Ca peut paraître bête comme question... vous avez continué à suivre la famille ?

Elle avait changé de médecin de toute façon avant que la jeune femme ne décède, voilà. Et donc ça a été aussi un de mes arguments, la maman s'étant plainte que je ne me sois pas manifestée au moment du décès. Là aussi, ça m'a posé pas mal de questions.

Huum...

Euh, effectivement j'aurais du lui passer un coup de téléphone ou mettre un mot pour dire que j'étais peinée du décès de cette petite parce que cette maman là quelque soit sa réaction après, c'était très dur pour elle. Mais je me suis pas sentie obligée de le faire dans la mesure où j'ai vu revenir des courriers de l'hôpital neurologique qui gardait mon adresse mais qui envoyait en parallèle à un médecin, qui exerce à 300m de chez moi donc j'avais compris qu'elle avait changé de médecin et ça, en revanche ça ne me pose pas de problème c'est-à-dire que, la façon dont fonctionne le système de soin me pose des problèmes mais dans ce système le postulat étant la liberté des patients...

Ouais...

Je ne m'inquiète pas quand les gens changent de médecin.

Huum...

Euh, c'est normal, ça arrive, euh... C'est vrai que mes réponses les satisfaisaient de moins en moins, puisque de plus en plus j'exigeais du temps... Des rendez-vous et que cette dame, c'était pas facile sans doute, donc ils demandaient des rendez-vous rapides en fin de journée, elle a peut-être trouvé une meilleure satisfaction avec le médecin d'à côté.

Huum. Et du coup vous avez dit je note sur les dossier...

Oui

C'est quelque chose que vous faites nettement plus systématiquement ?

Ah oui ! Je note un refus de soin. Récemment, mon mari a diagnostiqué un cancer du sein chez une dame qui avait refusé le dépistage.

Huum

Le fils a rappelé, mon mari, « Mais comment ça se fait docteur ça n'arrive pas comme ça !? », et mon mari a dit « attention elle a été l'objet d'un dépistage et elle a refusé ». Et il l'avait noté sur le dossier, ouais.

Vous exercez avec votre mari ... Est-ce que vous avec le sentiment que les choses qu'il peut rencontrer lui, ça vous nourrit un peu aussi en quelque sorte ?

Bien sûr. Et inversement.

Et inversement ?

Oui, oui. Tout à fait ! C'est l'intérêt du travail en groupe d'ailleurs...

Huum. Et si on extrapole, c'est-à-dire si on met une dimension, un groupe de pairs par exemple, on sait que l'expérience des autres, les témoignages comme ça , euh à la fois désintéressé sans porter de jugements, ça peut nourrir finalement l'expérience des autres ?

Moi je pense, oui. Bien sûr. Surtout les erreurs !

Et qu'est-ce qu'il faudrait proposer du coup ? Par exemple dans les facultés, aux étudiants, ou aux médecins déjà installés, qu'est-ce qu'on pourrait leur proposer d'autres ?

- C'est vrai que je n'ai pas réfléchi à la question. Je pense qu'effectivement travailler ces aspects éthiques... Je pense que toutes ces façons de prendre en charge les patients, c'est des choses qui sont pas abordées à la faculté, euh... tout bêtement, est-ce qu'on va consacrer du temps aux personnes ? Combien on va consacrer par personne ? Est-ce qu'on va être exigeant sur la présence à l'heure aux rendez-vous ? Est-ce qu'on va délivrer des ordonnances sans consultations ? comme les patients nous le demandent souvent. Est-ce qu'on va faire de la réponse téléphonique ou pas ? Ca c'est des vrais sujets qui pourraient faire l'objet d'un cours, d'un cours d'exercice, quoi, enfin.
- Ouais.
- Moi ça me paraît clair. Parce que nous on l'a découvert sur le tas, hein ?
- D'accord ? Vous vous êtes senti lâchée, finalement, sans acquis... ?
- Bah on a inventé. On a inventé avec plus ou moins de bonheur. Donc plus de bonheur c'est une espèce d'intuition à... à aller vite vers quelque chose de plus régulier, rigoureux, de ne pas accepter à faire un certain nombre de choses, moins de bonheur c'est d'avoir donné trop longtemps des conseils par téléphone, actuellement je n'en donne plus sauf aux gens que je connais.
- Parce que vous avez eu un souci avec ça ?
- Parce que j'ai peur.
- Ouais ?
- Parce que ça ne laisse pas de traces, parce que ... euh...des patients qui, on peut se nourrir des erreurs des autres, des patients qui appellent un, un collègue de garde, demandant conseil, portent plainte ensuite parce qu'il s'est pas déplacé alors qu'ils ont appelé en ne demandant qu'un conseil ! Et vous n'avez aucun témoin !
- Ouais bien sûr.
- Voilà. C'est pas bien, c'est comme ça.
- Merci, j'ai eu un entretien très riche. Je ne vais pas vous retenir plus longtemps.
- Merci.

Entretien G.

- Bonjour, je m'appelle Marc Chanière, je suis résident en sixième semestre, actuellement en SASPAS. Je réalise un travail de thèse sur les événements indésirables, et plus particulièrement l'impact de ces derniers sur le médecin généraliste.
- D'accord donc vous êtes en SASPAS ?
- Oui, voilà... *rires* Ce travail part du constat qu'au cours de la prise en charge d'un patient, le médecin peut être confronté à la survenue d'un événement indésirable, qui a parfois des conséquences importantes sur la santé du patient. Mon hypothèse est qu'il y a également des répercussions sur le médecin.
- Hum... Oui...
- Je réalise donc des entretiens auprès de médecins généralistes ; ces entretiens sont enregistrés puis transcrits secondairement par mes soins, ils sont anonymes et le but n'est absolument pas de juger de la pratique bonne ou mauvaise, j'allais dire, d'un médecin hein...
- D'accord.
- Avant de commencer, des données d'ordre général, vous exercez la médecine depuis combien de temps ?
- 20 ans.
- 20 ans... hum... toujours dans ce cabinet ?
- Oui, je l'ai créé.
- Des remplacements avant de vous installer ?
- Oui... un petit peu, pas tant que ça... une installation assez rapide après ma thèse.
- C'est un cabinet qui est ... ? Semi rural ? Rural ?
- Rural. Je dirais oui. Il y a 1300 habitants donc...
- Et la clientèle, elle se constitue à peu près comment ?
- Euh... je dirais un petit peu de tout... comme une clientèle rurale mais comme je suis la seule femme du tour de garde, je fais plus de gynécologie et de pédiatrie, oui.
- Hum...
- Ça fait une activité variée de ce fait.
- D'accord.
- Oui qui est pas typique village parce que je fais plus de gynécologie – pédiatrie, moi j'ai cette particularité.
- J'ai employé le terme d'événement indésirable, est-ce qu'il vous est familier ?
- Euh... oui... les emmerdes quoi *rires*
- Vous mettriez quoi derrière ça ? Derrière ce terme ... d'événement indésirable ?
- *pause 5 secondes* euh... les boulettes euh... les erreurs diagnostiques hein...
- Hum...
- Et puis les conflits de ... de ... avec la clientèle quoi, ... les patients ...
- Hum...
- Des patients difficiles quoi. Dans la relation, oui dans le vécu... dans la compréhension de temps en temps ... moi je trouve qu'on est pas remercié par ceux chez qui on a été brillant ... et presque remercié par ceux chez qui on aurait presque fait des catastrophes !
- Hum...
- Aussi ça hein...
- Vous avez employé le mot « boulette »... Ça veut dire quoi pour vous ?
- Boulette ... c'est surtout l'erreur diagnostique... c'est « on aurait pu faire mieux... »
- Hum...
- Oui...
- « on aurait pu faire mieux ? » ?
- Oui ... parce qu'on peut la rattraper quand même... on peut la rattraper... souvent...
- D'accord. J'ai une définition à vous proposer, issue de publications officielles du Ministère de la Santé : *Par événement indésirable, il convient d'entendre tout effet fâcheux, immédiat ou différé, sur la santé des individus ou des populations, survenu à la suite de soins préventifs ou curatifs.* Qu'est-ce que vous pensez de cette définition ?
- Euh... euh... *semble perdue un peu*
- Je vous la redonne...
- Oui.
- ...*Par événement indésirable, il convient d'entendre tout effet fâcheux, immédiat ou différé, sur la santé des individus ou des populations, survenu à la suite de soins préventifs ou curatifs.*
- *individu ou des populations, survenu à la suite de soins préventifs ou curatifs.*
- Il y a tous les effets secondaires là dedans ! Là ouais...
- Hum...
- Là il y a du grandiose, mais bon je le vis pas comme un effet indésirable parce que bon... hein... il est pas prévisible, il est pas franchement de notre faute... mais bon, c'est sûr que pour le patient, hein ... *rire* c'est pas la même chose !
- D'accord. Elle cible euh...
- Trop ce qui est événements secondaires oui... qui peuvent être catastrophiques pour le patient mais ... on en garde pas la même culpabilité quand même...
- Hum...
- Oui...
- Je vais vous proposer une autre définition ...
- D'accord.
- Donc pour qualifier un événement indésirable : *c'est tout événement survenu dans la pratique d'un médecin, qui ne devrait pas se produire, qui n'a pas été anticipé et qui fait dire au médecin : "Ca ne doit pas arriver, je ne veux pas que cela se produise à nouveau".*
- Oui ... oui ... mais ... ça arrive !
- C'est-à-dire ?
- C'est impossible ça... utopiste...
- Utopiste ?
- Oui, sinon ça serait pas de la médecine. Oui oui, je pense...
- Hum... L'erreur médicale, ..., par rapport à l'événement indésirable, vous la situez comment ?
- *Réflexion 10 secondes* Personnellement, ... plus grave quoi.
- Hum... elle est plus grave l'erreur, c'est ça ?
- ... Elle est plus culpabilisante ! Oui !
- Dans votre pratique, cela vous est déjà arrivé des situations comme ça ?
- Oh ben... j'ai eu deux boulettes en 20 ans !... Enfin, des boulettes, ça s'est bien fini mais bon... deux boulettes oui, qui m'ont marquée oui. *plus sérieuse*
- Hum...
- Donc on est plus méfiant mais bon... c'est le métier qui ... C'est des situations difficiles mais comme tout le monde et puis... Ouais, deux trucs qui m'ont, qui m'ont marquée... *rire* Oui, quand même...
- C'était au début de votre exercice ?
- Oui... il y en a une c'était l'appendicite, le truc classique... chez une petite fille, que j'ai loupée... Et puis l'autre c'était une histoire de gynéco...
- La petite fille... euh... vous pouvez m'en parler un petit peu ?
- Oui, c'était une douleur abdominale, chez une petite qui avait une rhinopharyngite et une double otite, avec des parents très cools... Qui on dit « On va surveiller, et ... si ça va pas mieux on reviendra... ». Et puis ils sont pas revenus... et puis... voilà, ça c'est fini en péritonite, la petite bon, ça s'est bien fini mais euh... oui.
- Hum...
- Mais c'était une erreur de jeunesse, ça c'est sûr parce que... après ça m'a... on se fie plus aux parents... oui, ça c'était une erreur de jeunesse. La gynéco...euh... c'était une erreur je dirais de ... de ... de pression de sécu. Fallait plus faire de beta HCG n'importe comment... fallait plus se méfier de tout... Et maintenant, la sécu, je m'en fous... si il faut, je fais... Je me suis fais avoir...
- C'était une ... grossesse euh ... ?
- J'ai changé un stérilet sur une femme qui avait pas eu de règles et qui était enceinte d'avant quoi... J'ai changé le stérilet et puis...voilà. Elle m'a dit : « Oh ben mes règles sont pas comme d'habitude... ». Je me suis dit bon, elle a 44 ans ...
- Hum...
- Maintenant, je fais des betaHCG, si j'entends les mots « pas comme d'habitude », je fais des betaHCG hein ... Ah bien sûr !
- Depuis cette histoire ?
- Ah ben ça s'est fini en Angleterre et tout enfin... je veux dire pour la femme, c'est pas catastrophique mais bon, quand même...
- Hum...
- Ben oui parce qu'à l'époque fallait plus faire des betaHCG comme ça ... plus ou moins

- systématiquement... enfin, des trucs de sécu... qui m'influençaient... Qui m'influencent plus maintenant hein...
- Huum... Et pour la gamine avec la douleur abdominale... euh... ?
 - Huum...
 - Vous avez dit « je suis plus méfiante »... ça implique quoi ?
 - Oh ben je convoque les gamins systématiquement... systématique 2 jours après même si ça va mieux... Oh c'est pas que je fais plus d'exams... mais l'appendicite sera la première chose à éliminer avant le reste quoi...
 - Huum... Les parents étaient cools... vous leur aviez dit de revenir ?
 - Oui... et puis moi je leur faisais confiance hein... Vraiment des grands cools, donc ils ont dit : « oui... elle est moins bien mais comme elle a son otite... »... « ... Oh...ça va bien passer... hein... ». oui oui oui. Et puis quand ils m'ont rappelée... hein...
 - Et pour la seconde histoire, là aussi plus méfiante ?
 - Ah oui ... je suis plus méfiante ! Oh... j'en fais plus alors j'ai peut être plus d'Expérience... mais je suis plus méfiante hein... les grossesses extra-utérines, les machins ... Je pense qu'il y a une question de pratique... Oh ! Je sais pas si je me fais moins avoir mais bon... je suis plus méfiante oui.
 - ... et là dedans, l'aspect médico-légal, euh ... ?
 - Ah ben bien sûr ! Oui mais même il y a le fait de se loucher aussi hein. Le médico-légal il est par derrière mais euh, ... je crois qu'on y pense ... mais bon, j'ai des stagiaires hein, des SASPAS et je crois qu'il ne faut pas vivre dans la terreur bon hein.*rire*
 - Huum...
 - ... De temps en temps... on a des trucs qui passent hein... on se demande !!! Ouf ! C'est juste hein... On récupère de ces boulettes hein !... De temps en temps ... Des phlébites...

Semble soudainement se rappeler de quelque chose

- J'ai aussi eu un décès sous pilule... hein... une petite jeune de 20 ans... Ca, *troublée et plus sérieuse*. Oui, c'est vrai... Celui là, j'en parle moins ... je sais pas pourquoi ? Parce que je pense que... j'aurais pas pu la prévenir...
- Elle est décédée de ... ? *ton prudent, contexte émotionnel*
- Embolie... embolie pulmonaire... Je venais de la lui renouveler... Ca, c'est marrant parce que c'est vrai que ... enfin, c'est pas celui dont je parle le plus alors que c'est celui qui a été le plus dramatique parce que la petite jeune est morte... Mais je me culpabilise pas ... parce que je n'ai pas eu l'impression d'avoir fait une boulette, enfin je... moi, c'est la Fatalité là...C'est différent là...C'est un événement indésirable ça.
- La culpabilité pour vous elle est inhérente au sentiment d'avoir loupé quelque chose, c'est ça ?
- Oui. Ben oui. Tandis que l'autre, je crois que je l'aurais jamais... De toute façon, il y aurait eu un pépin avec cette fille...
- Et maintenant, quand vous prescrivez une pilule ?
- Oh ben je pose des questions hein ! *rire*
- Huum...
- En fait, ça ne change pas grand-chose car je crois qu'on voit pas venir le gag mais... euh... une petite jeune qui me dit « je suis essoufflée »... ça me fait plus rire maintenant. Je me méfie hein.
- Qu'est-ce qui est un événement indésirable ou une erreur médicale dans ces histoires ?
- Une erreur ? Ben les deux premières ... La troisième, non je crois pas. C'est le pépin, c'est de la pharmacologie, c'est du... différent hein.
- Huum... la culpabilité ?
- Oh oui, dans les deux premières situations hein. Mais je l'ai plus ... ça s'est bien fini alors ... Mais ça se serait mal fini... ouais, je pense que je l'aurais ! Car je sais que j'aurais été à l'origine du pépin...
- Huum... Et vous dites « je n'en ai pas parlé... », vous en parlez avec qui ?
- Mon mari est généraliste aussi... des confrères oui...
- Aux patients ?

- Huum....
- A la patiente ici ?
- Oui. Oui, je leur ai dit « je me suis trompée... »
- Et leur réaction ?
- Non, ça c'est bien passé... La première j'ai foncé à l'hôpital, la gamine elle était en réanimation euh ... Et puis les parents *rire*, ils m'ont dit : « Oh !!! C'est trop gentil de venir Merci... » Ils ont tout pris sur eux... Mais moi je pensais qu'ils allaient me taper ... *rire*
- Ouais.
- Ah pas du tout ! *rire* Ils ont pensé que c'étaient eux qui avaient fait la boulette... Alors que c'était mon boulot de les convoquer à nouveau ... ça m'a tellement surpris ! Non non, euh... ben non ! Je les vois toujours, la gamine, les parents ... Pour eux, j'ai sauvé leur fille. Alors que ... c'est l'inverse...
- Leur réaction vous a surprise ?
- Ah oui oui... Moi je me suis dit : « Alors là, il n'y a plus qu'à prévenir la police d'assurance hein... » Et ben pas du tout ! Non, c'est un peu comme si j'avais sauvé leur fille alors que bon ... j'ai fait l'inverse...
- Huum... Et la patiente avec le stérilet ?
- Huum... elle, elle m'en a voulu... Ouais, je la revois...Mais ça a créé un petit truc ... ouais, ça a été difficile mais bon ... Je lui ai dit: « Oui, j'ai fait une boulette, j'aurais du faire la prise de sang... » Mais j'ai pas imaginé et elle non plus « sinon, je vous l'aurais demandée... » Enfin, c'était pas une petite jeune mais bon... Oh, ça c'est fini en Angleterre...
- Huum... La relation avec elle euh... ?
- Oui, elle a changé... Elle va voir mon mari maintenant ... je pense que c'est ça, c'est depuis ... Bon, il y a une histoire qu'ils habitent plus près mais je pense que ... niveau confiance qu'elle pouvait avoir... oui, cela avait du la briser un peu, c'est logique hein...
- Huum...
- Mais moi je n'en veux pas au gens...
- Humm...
- Non, je pense qu'on peut tous en faire... et on en discute bien avec eux...
- Oui ?
- Oh oui. Le pire c'est de pas reconnaître... Si on reconnaît et qu'on dit aux gens « je me suis trompée... », ça se passe mieux...
- Votre mari est médecin aussi, ... généraliste, vous discutez de ces... ces événements indésirables... ces erreurs avec lui ?
- Oh ben oui... oui.
- Les siennes aussi ?
- Oui... les siennes... les miennes...
- Huum...
- Les boulettes du secteur ... des collègues oui, forcément...
- Dans quelles circonstances ?
- Oh ben quand on se rencontre...
- En groupes de pairs ?
- Oui... ou en réunions de tour de gardes... Oui, on faisait un groupe Qualité dans le tour de gardes...
- Huum...
- On faisait une réunion par mois.
- Et les gens évoquaient spontanément, un petit peu comme ça, leurs...euh leurs boulettes ?
- Oui.
- Oui ?
- Oui ! Je pense qu'on a besoin hein ! Parce que... euh... ça rassure parce que les autres, ils en ont tous fait pareil... oui... je vois pour l'histoire du stérilet... il y avait un collègue qui était au Conseil de l'Ordre... je lui avais demandé tout ça... « Qu'est-ce que je dois faire... vis-à-vis de la compagnie d'assurance... ? » ... Parce que bon, je sentais... je sentais qu'elle demandait un peu ça ... la dame
- Huum...
- Il m'a dit : « Tu te tais pour ça, tu attends qu'elle en parle... C'est pas à toi de... Si vraiment elle t'en veut ... ça va sortir... Ce sera le seul moyen de voir... » Et ça m'a aidé parce que je savais pas si je devais lui proposer ...
- Ok.
- Parce que je culpabilisais...
- Oui.
- Oui... j'hésitais...

- Huum...
- Et elle est jamais venue... Ils n'ont jamais rien demandé...
- Huum...
- Je pense que c'était le pris du billet ... du...
- Oui...
- Et c'est ... c'est « normal » hein je veux dire... Je pense que c'était le pris de son IVG aussi.
- Huum...
- Il m'a dit : « Tu sais, elle ne t'a rien demandé parce qu'elle pouvait le garder le gamin... ».
- Huum...
- Je pense ... je pense que c'est vrai oui.
- Ça vous a stressée ?
- Oui. Oui...Ces deux histoires... Pas cette petite qui est morte ... huum... sous pilule... c'est vrai que je la mets pas dedans...
- ... Il y a des choses que vous faites maintenant et que vous ne faisiez pas au début de votre pratique ?
- *rire* oh oui ! Oh oui !
- Par exemple ?
- Oh ben le médico-légal !
- Ouais ?
- Ouais... je suis vachement méfiante.
- Et ça passe par quoi ?
- On prépare toujours les arrières... toujours !
- Huum... et euh...
- ... C'est un truc que je fais passer aux étudiants maintenant. C'est trop bête !... Un peu pour tout quoi.
- Sur les dossiers ?
- Oui... Nuque souple. *rire*
- Huum...
- Même si on a pas vraiment regardé *rire*
- Nuque souple ?
- Oui, enfin des petits trucs comme ça *rire*
- Vous êtes informatisé ?
- Ouais... J'en écris pas beaucoup... *rire* Maintenant qu'il faut tout donner aux gens, j'en mets moins ... Pis je tape pas très vite... Mais par exemple, je mettrais « syndrome fébrile, RAS, nuque souple » Ca fait pas beaucoup mais voilà, déjà.
- Ca écarte l'urgent, le grave ?
- Le pépin... on va regarder... Ca vient avec la pratique ouais je dirais ...
- Huum...
- On reste un peu naïf pendant sept ans je dirais... oui, sept ans... on s'installe... Moi j'aurais fait plus de remplacement, je l'aurais peut être fait plus vite hein ?!
- Mais je me suis peut être installée un petit peu jeune...un petit peu tôt... Sept ans *rire* et puis après il y a le métier qui rentre *rire*
- Vous avez dit : « La sécu demande de faire des économies ... »...
- Ouais... ça c'est fini ! Ca aussi, c'est une différence : quand on est jeune, on est influençable... puis on y croit à la Santé...on y croit ... Maintenant, je fais pas plus d'exams je pense...mais quand je les fais, je veux dire, je ne culpabilise pas de les faire. Avant je me disais : « Oh... je vais peut être enlever ça de la prise de sang... etc. »
- Huum...
- Voilà.
- Et le recours à l'avis spécialisé ?
- Oh ben oui aussi...
- Aussi... c'est-à-dire plus fréquemment ... plus facilement ?
- Ben médico-légal...
- Huum...
- Je pense que ce médico-légal coûte cher... très cher à la Sécu... !
- Et qu'est-ce qu'il faudrait proposer aux médecins généralistes ?
- Huum... je crois que c'est sans solution...
- Pourquoi ?
- Parce que les patients sont angoissés... donc ils nous mettent la pression ... donc les médecins sont angoissés *rire* « Vous êtes sûr docteur... hein... vous êtes sûr... » Non : on est jamais sûr. Il y a ceux qu'on va réussir à raisonner... et puis voilà... Et puis il y a ceux qu'on n'arrivera pas et ceux-là, médico-légalement... vous êtes coincé si vous vous trompez.
- Les gens sont plus demandeurs ?
- Oui... oh oui ! Et puis ils n'acceptent plus qu'on se loupe. Oh oui ! Pour prouver qu'il n'y a rien, ça coûte cher !
- Il y a des actes que vous ne pratiquez plus ? Des médicaments que vous ne prescrivez plus ?
- Oui... oui les infiltrations ... les intra articulaires, les grosses, genoux... épaules, ça je fais plus oui.
- Pourquoi ?
- Crainte de complications... Ouais, de pas avoir une asepsie correcte... d'avoir un pépin là-dessus et qu'on me reproche d'avoir fait un truc...
- Huum...
- Bon, il y en a qui ne poseraient pas les stérilets... moi, ça ne me gêne pas, peut être parce que j'ai plus l'habitude... Je prends un risque ailleurs *rire* Oui, je recours facilement... m'enfin bon, parfois on se dit « Si ça s'infecte... On l'a dans l'os... On aurait mieux fait de pas le faire... »
- Ca déclenche un signal un peu... dans votre tête ?
- Oui. Pour pas faire un truc qu'on sent pas... si il y a une plainte... là je passe pas. Les gens sont bien contents de vous trouvez ... ça saigne partout... vous faites et puis après... après... si ça se passe mal...
- Y'a de ... de l'angoisse ?
- ... qu'on nous pardonne pas que ça puisse se passer pas bien... je crois. Moi je dis toujours, j'aurais bien aimé faire de la médecine de guerre...parce qu'au moment de la guerre, on va direct à l'essentiel... et puis s'il y a de la casse, ben, on fait ce qu'on pouvait... Le médecin militaire il faisait ce qu'il pouvait avec ce qu'il avait... et on l'engueulait jamais, parce qu'il faisait à l'essentiel... Et là maintenant, c'est l'inverse, faut en faire le moins possible avec tout ce qu'on peut...
- Et être infallible ... ?
- Oui... oui... *rire* vous verrez bien ça... C'est pesant... C'est pas sur ceux qui vont poser problème que ça va se passer... C'est ça le problème, c'est que ça va se passer... ça va être des gens anxieux qui vont coûter un fric fou à démontrer qu'il n'y a rien ... et puis il va y avoir le petit papy qui ne se plaint de rien « ça va ... ça va bien... » qui va avoir sa grosse tumeur... huum... voilà. Tout ce que je peux dire.
- Alors Merci *sourire*
- *rire* Bon courage *rire*

Entretien H.

- Bonjour, je vous ai contacté pour ma thèse sur les événements indésirables.
- Huum, oui.
- L'idée générale c'est que quand on prend en charge un patient en tant que médecin généraliste on peut être confronté à la survenue d'événement ou de situations inattendues qui peuvent avoir des conséquences sur la santé du patient.
- Oui.
- L'hypothèse que je formule, c'est que ça peut avoir des conséquences sur le médecin parfois.
- Oui.
- Je réalise des entretiens qui sont anonymes, qui sont retranscrits ensuite. Le but n'est pas de juger de la pratique, bonne ou mauvaise, d'un médecin mais juste de discuter un peu de ce sujet.
- D'accord.
- Avant de commencer j'ai besoin de données générales. Votre âge ?
- 46... 46 et demi.
- Vous êtes installé ici depuis combien de temps ?
- 1 janvier 1988.
- Ça a été votre premier cabinet ?
- Oui
- Et auparavant vous avez exercé un petit peu en remplacements ailleurs ?
- J'ai fait un petit peu de remplacements mais de manière ponctuelle à [REDACTED] notamment dans [REDACTED] [REDACTED] dans la [REDACTED] et puis autrement....ben j'étais interne à [REDACTED]
- Vous exercez depuis combien de temps finalement ?
- En responsabilité ...ben depuis que je suis interne....ça fera 22 ans au 1^{er} octobre
- La patientèle de ce cabinet est de quel type ?
- *rires* C'est-à-dire ?
- Brassée au niveau des âges ?
- Alors, j'ai à peu près 30% de moins de 16 ansheu ... 15 % de plus de 60 ans et puis le reste...
- C'est une activité plutôt semi-rurale ou semi-urbaine ?
- Semi-urbaine. ...des agriculteurs y en n'a plus ...des maraîchers,....on va dire semi-urbaine.
- Au début c'était plus un pays rural et puis...
- Ouais !
- J'ai employé le terme d'événement indésirable est-ce que ce terme vous est familier ?
- Bien sûr !
- Vous mettriez quoi derrière cette notion ?
- Ben. ... événement non attendu....enfin non.....non attendu....non...événement....ben y a plusieurs notions... soit c'est une complication du problème médical qui continue à évoluer malgré le traitement donné... soit un ...euh comment ça s'appelle ? ...un événement indésirable lié au traitement lui-même.
- Huum.
- De toute façon on peut être toxique... On peut ne pas être actif sur le problème médical....Et on peut être toxique ...et on peut créer des effets adverses avec ce qu'on...avec le traitement qu'on donne... qu'on propose.
- J'ai une définition à vous proposer ... une définition officielle, du Ministère de la Santé *Par événement indésirable, il convient d'entendre tout effet fâcheux, immédiat ou différé, sur la santé des individus ou des populations, survenu à la suite de soins préventifs ou curatifs.* Qu'est-ce qu'elle vous inspire cette définition ?
- Rien ! Bof rien.
- Rien ?
- Rien *petit rire* Ben de toute façon... Oui, ça reprend un peu ce que je t'ai dit. Il y a la notion d'effet fâcheux et que c'est après notre intervention...mais elle ne précise absolument pas ...enfin...il me semble pas que j'ai entendu qu'elle précisait que c'étaient les médicaments...
- Elle disait ...elle dit : « survenus à la suite de soins préventifs ou curatifs » c'est tout.
- C'est tout, mais je pense que c'est une bonne définition dans la mesure où il ne faut pas oublier que de temps en temps...ben ...malgré ce qu'on peut donner...ben des fois les choses se compliquent...continuent à mal aller.
- J'ai une autre définition à vous proposer : *Il convient d'entendre par événement indésirable toute situation survenue dans la pratique du médecin qui n'a pas été anticipée, qui n'a pas été prévue et qui fait dire au médecin « ça ne doit pas arriver, je ne veux pas que ça se produise ».* Qu'est-ce que vous en pensez ?
- *Réflexion 10 secondes* Répète !
- *Il convient d'entendre par événement indésirable toute situation survenue dans la pratique du médecin qui n'a pas été anticipée, qui n'a pas été prévue et qui fait dire au médecin « ça ne doit pas arriver, je ne veux pas que ça se produise ».*
- Bon alors qui n'a pas été anticipée....de temps en temps, tu anticipes des choses ...des événements qui font que... euh je ne suis pas trop d'accord...qui ne sont pas attendus du fait de l'évolution ...du problème médical et du fait des médicaments, y a des faits (inaudible)...des ...euh qui ne sont pas connus et bon...qu'ils ne veulent pas...notre...qu'on ne veut pas que ça arrive...ben de toute façon on est obligé d'être confronté à ce genre de situation, même si on anticipe, même si...on aeuh dans la mesure où on...euh par exemple dans une sigmoïdite si tu veux arrêter l'évolution de la sigmoïdite...tu donnes....bon tu veux pas que ça arr...que .se complique.. et malgré tout ça se complique.
- D'accord...
- Donc c'est plus...ben tu donnes ...euh en ayant donné les soins les plus justes...on n'est pas à l'abri de ...de tout effet indésirable.
- Les événements indésirables n'ont pas tous un caractère de prévisibilité ?
- Non, de temps en temps, il y a des choses qui se passent. T'as beau prévoir les choses, les choses se passent pas comme tu le penses parce que justement...ben parce que ce que tu as expliqué n'a pas été bien reçu...n'a pas été bien compris.....Il y a des problèmes derrière qui n'ont pas été ...euh comment dire amenés... euh ...dits....qui en fait rajoutent...en fait complètent qui causent....qui font qu'une maladie ça s'intègre dans un ensemble....Si tu n'as pas tous les éléments de l'ensemble...c'est vrai que tu peux avoir des événements indésirables....qui sont en principe ...euh qui sont comment dire...qui sont dus à des problèmes que tu ne connais pas...que tu ne connais pas.
- D'accord, l'erreur médicale, vous la situez comment cette notion par rapport à la notion d'événement indésirable ?
- Euh...moi je dirais ...erreur médicale c'est plus ...bon erreur médicale....moi je la situe plus comme une...euh... un diagnostic auquel on n'a pas pensé...malgré tous les éléments qu'il y avait..., ...les diagnostics courants, pas les maladies à diagnostic....euh non ce que j'appelle les moutons à cinq pattes c'est-à-dire des choses exceptionnelles, rarissimes...euh et puis erreur médicale souvent c'est....pour moi c'est plus de la négligence peut-être Négligence...le fait de ne pas avoir entendu...euh une plainte, ne pas vouloir... ne pas avoir voulu l'entendre ...peut-être ?
- Oui, c'est-à-dire que le cerveau....le raisonnement, il l'écarte de manière conscient ou inconsciente ?
- Voilà....certaines données...consciente parce qu'on se dit : « ça m'emmerde,qu'est-ce que ça vient foutre là ! » Tu comprends pas bien et puis en fait...T'arrives pas à le remettre dans ce contexte...euh dans le contexte global, donc tu mets de côté...ou bien inconsciente parce que ben en fin de journée, t'es fatigué et t'es moins attentif à ce que peuvent dire les gens.
- Huum...
- Il y a les pièges de la musquette, tu écoutes un peu les patients... qu'on a l'habitude de voir, on a une étiquette sur eux et puis quand ils viennent avec une plainte, elle gêne, et du coup on a tendance à....
- Oui... une ... étiquette ?
- Ben ...bon ,oui ...mais de toute façon il y a des jours où tu as moins le temps parce que...donc forcément t'as moins le temps parce que il faut que tu partes...t'as une urgence...parce que t'as quelque chose....parce que tu es dérangé....mais bon y a des gens qui viennent toujours avec les mêmes plaintes, mais je crois qu'il est important de les entendre et de remettre, remettre son ...comment dire , remettre son ouvrage sur la

- machine....essayer de rester objectif par rapport à ce que dit la personnemais c'est vrai quand c'est la quinzième fois que tu entends une plainte...eh ben on a tendance à la négliger.....mais bon...on reste.... on n'est pas des ordinateurs...qui résolvent les problèmes...qui rendent des trucs ...on reste quand même sujet à des baisses de forme , d'attention de...
- D'écoute ?
- D'écoute, ah ben ça c'est évident !
- Dans votre pratique, vous avez des exemples, des choses qui vous reviennent en tête, des événements indésirables ?
- Ah oui, oh oui ...moi ...enfin...c'était le premier qui était important, bon et qui m'a marqué.
- Et c'était quoi comme événement ?
- Un problème de sigmoïdite... j'avais demandé bon à.... Il avait un peu de fièvre et bon ... la femme était infirmière et j'ai ...bon quand elle rentre ce soir vous m'appellez. Bon ils n'ont pas rappelé...
- Huum...
- Et ...puis il a fait une péritonite... il a rien dit....Bon, les événements ...pour te dire je pense que là-dessous il y avait une conjugopathie et il y avait aussi un problème d'alcoolisme qui était un peu ...qui allait un peu avec. Ca, c'était l'événement indésirable, le premier qui m'a marqué.
- Et l'événement indésirable, finalement il était à quel niveau : le fait qu'ils ne vous rappellent pas et le fait qu'il n'y a pas eu de suivi, d'évolution ou autre chose ?
- Le fait que bon ...alors de mon côté peut-être je n'ai pas rappelé le soir en disant votre femme ne m'a pas rappelé...j'aurais dû le faire c'est sûr et puis ...euh ...bon ben...voilà après ce qui s'est passé chez le patient ...je ne sais pas.
- Vous l'avez revu le patient ?
- Non !
- Et sa femme ?
- Non !
- Vous avez culpabilisé un petit peu..... « j'aurais dû rappeler.»?
- Bien sûr, ...mais après ça sert, on rappelle, on n'hésite pas. Alors là, c'était au début ...donc « je rappelle ? je ne rappelle pas ? » « je vais l'emmerder » !
- Mais maintenant vous aviez confiance dans la personne pour qu'elle vous rappelle...il y avait ça aussi !
- Ben on fait confiance quand même, aussi on est obligé de faire confiance....bon, au début tu dis : « apparemment faut que ça aille », il semble que ça soit une famille sans problèmes...que ...bon ...la femme est infirmière, donc elle a une certaine expérience des problèmes médicaux....qu'elle se donne une sécurité.....c'est peut-être au niveau de cette sécurité que je ne me suis pas méfié....la conjugopathie a peut-être fait que...
- Huum...
- Mais ça , on ne peut pas le savoir !
- Et du coup , maintenant de manière plus systématique, dans des situations où vous sentez que les gens ne sont peut-être pas très fiables , moins fiables vous allez ...
- Bon là maintenant je suis direct, je rappelle « rappelez-moi ! » ...et si on ne me rappelle pas, je rappelle....pour un truc...bon c'est un peu excessif.. Mais là aussi c'était une période où je faisais beaucoup de gardes donc je ne dormais pas beaucoup, donc j'étais moins performant...moins attentif....moins...bon parce que quand on s'installe faut vivre !
- Huum et du coup vous faisiez beaucoup de gardes et derrière vous en avez fait moins, vous avez diminué un peu le rythme ??
- J'ai arrêté un truc.
- A la suite de cet événement ?
- Oui, j'ai dit non....il faut pas! je faisais des gardes à [REDACTED] deux nuits, bon , c'est dur , j'en fait trop, je tiens à être performant, pour les gens, pour ma clientèle.... « patientèle » ...la même chose *rires*
- On est plus à l'aise quand on dit patientèle ...on a moins de scrupules. Vous avez d'autres exemples d'événements indésirables comme ça qui vous reviennent ?
- *Réfléchit 30 secondes*
- Où vous êtes dit : « Holà ça va pas , il faut que... »
- D'événements, d'autres...moi ça c'était le principal. D'autres événements indésirables...euh...de toute façon y en a forcément d'autres, mais c'est *dix secondes passent* Alors on peut aussi ...euh bon je t'en ai déjà parlé...de cette ...de ce courrier que j'ai reçu de l'ordre des médecins ?
- Huum ?
- Non ?
- Ca ne me dit rien !
- Ca te dit rien...une fille que j'ai vue d'août à décembre...mais bon je me rappelle plus en quelle année c'était... peu importe. Une fille qui devait passer son bac en juin et donc je l'ai vue à plusieurs reprises en lui demandant ...bon en essayant de suivre de manière régulière ...en faisant des courriers...euh ...tout ce qui fallait et puis au mois de mai qui a suivi... j'ai reçu une lettre de l'Ordre... une demande d'explications par rapport aux prescriptions que j'avais faites pour cette jeune fille....à la demande de la femme...de la mère pardon !
- Huum...
- Et en fait, j'étais bienbon je pense que c'était un événement indésirable pour moi....et que j'ai pu ...si tu veux , c'est une époque...comme je faisais tous mes certificats sur papier...euh avec un double ...je commençais à me dire à quoi ça sert tout ça , je vais peut-être plus les faire....Et j'ai été bien content d'avoir les doubles des lettres que j'avais faites de manière à pouvoir argumenter ... euh ... euh ... mon ...
- Votre raisonnement ?
- Mon raisonnement et ma ...et puis l'argumenter !
- La mère s'est adressée au conseil de l'Ordre comme ça ?
- Comme ça, sans m'en parler !
- Et vous vous occupiez de sa maman ou vous suiviez seulement la jeune fille ?
- J'ai suivi la jeune fille du ... enfin pendant ces six mois.
- Et vous ne l'avez plus revue par la suite ?
- Oh ! elle est venue me donner....me demander....la ...la ...mère je l'ai jamais vue... donc, jamais de coup de fil...j'ai jamais rien eu ... j'ai vu une fois vu la grand-mère avec la fille et puis la fille je l'ai vue une fois pour un renouvellement de pilule...mais bon...
- Vous lui en avez parlé ?
- Non à la mère. ...non...je l'ai pas vue !
- Et à la fille ?
- Non...non à mon avis ce n'était pas elle qui était en cause....
- Ah oui d'accord.
- Et ...euh...Je comprends c'est....le bacc'est l'année du bac.
- Et du coup cette ...vous dites : « je faisais des doubles des courriers....etc.... « Qu'est-ce qui vous avait poussé à les faire finalement ces doubles ?
- Parce que j'avais que des ordonnances carbonées !
- Il y avait une pression médico-légale quand même...derrière...ou.. ?
- Ben. ... c'est toujours intéressant d'avoir un double de ce que tu fais, mais c'est vrai que ça a commencé à me gonf.....à m'embêter, de classer ces doubles de courriers qui mequi servaient à rien...en fait apparemment qui servaient à rien...mais du coup ça a servi...et maintenant depuis qu'un [REDACTED] qui est passé on fait les courriers à l'ordinateur...
- Et vous les conservez sur l'ordinateur.
- Ah ! ben maintenant je conserve tout....je peux te dire que tout ce que je fais , je conserve...j'ai plus d'état d'âme...c'est un argument compl. ... supplémentaire pour dire à mes...à ceux qui viennent en stage chez moi.
- L'informatique, ça a changé quelque chose dans votre pratique ?
- Plus de rigueur dans le...dans le suivi des gens , c'est plus facile d'avoir de la rigueur avec ça...pour moi....pour le diabétique ça me donne l'électrocardiogramme...prises de sang....etc....c'est balisé c'est...les vaccins....c'est quand même un bon outil...autrement des événements indésirables...y en a , enfin y en a forcément...auxquels on s'attend pas...et que ...et qui de toute façon nous changent notre attitude au fur et à mesure.
- Huum

- Récemment, qu'est-ce que j'ai eu comme événement indésirable.....c'est pas moi qui avait prescrit, mais il y a un Monsieur qui est venu me voir,...y me dit tiens : « j'ai eu mal aux muscles...j'ai eu des crampes quand j'ai pris du Birodogyl » ...Il revenait pour son renouvellement de statine.
- Ok.
- « Le lendemain du Birodogyl j'ai eu des crampes, mal aux muscles...bon je l'ai pris pendant 6 jours et le lendemain de l'arrêt du Birodogyl, ça a commencé à disparaître et ça a disparu ».
- Huum
- Il a pas eu de traitement...y a pas eu...forcément ça me marque...bon déjà ...avec l'expérience accumulée...je suis plus sensible aux événements indésirables...et, si tu veux c'est un effet indésirable qui n'est pas connu...une interaction qui n'est pas connue...bon, j'ai fait une déclaration en pharmacovigilance et euh...c'est probable qu'il y a une relation...sachant que...si tu veux cet événement indésirable...bon ...c'est une expérience supplémentaire qui me pousse, qui me pousse encore plus à être très prudent quant aux prescriptions que je fais !
- C'est à dire que maintenant du Birodogyl, vous en prescrivez ?
- Ca m'empêchera pas d'en prescrire.....c'est pas le fait de prescrire du Birodogyl, c'est pas le fait de prescrire de la paroxétine...c'est le fait de se dire « est-ce que ce que je prescris est vraiment nécessaire ? » et « qu'est-ce que ça va.... » voilà...tout ça... !
- Humm, d'accord.
- Mais bon en essayant d'appréhender les avantages et les inconvénients encore plus.
- Il y a des médicaments que vous ne prescrivez plus à la suite d'un effet secondaire majeur ou auquel vous ne vous attendiez pas forcément ?
- Bon le Trivastal...chaque fois que je le prescris...ben ... nonles Hydroxydines, moi j'ai une dent contre...j'ai pas une dent contre mais chaque fois que je l'ai prescrit, les gens ont eu mal à la tête...ou des oedèmes...donc ...bon maintenant je les prescris plus...ou vraiment quand je peux pas faire autrement.
- Huum parce que les patients à qui vous les aviez donnés soit ils avaient les jambes qui gonflaient, soit....des céphalées.
- Voilà, les maux de tête...
- Du coup, maintenant vous vous arrangez...pour ...euh..
- Ben...y a quand même d'autres produits...et puis bon...les hydroxydines c'est pas en première intention, loin de là, donc...alors quand on voit les laboratoires qui nous demandent...qui nous présentent leurs hydroxydines, je leur demande de ne pas utiliser leurs crédits à me parler de ça... de toute façon j'en prescrirai pas. Mais, bon, je peux pas dire que ceux qui viennent et qui en ont ...et qui se portent bien, je leur enlève ...non.
- Le Trivastal, ça parlait de quel constat... ?
- Euh les troubles digestifs...et des vertiges
- Huum donc pour résumer c'est un médicament....dans votre pharmacopée....
- Ben ...je le prescrivais vraiment quand je suis ...quand on me conseille de le prescrire de manière progressive...ben finalement ce qui s'est passé...ben il se sentait malvertiges... donc j'ai arrêté ; *Sonnerie du téléphone, prise de rendez-vous, durée 1 minute environ* Bon ...euh....de quoi on parlait déjà ?
- Des effets indésirables après prise de médicaments ... du Trivastal. Il tremblait... je lui en ai donné et finalement... ?
- Et finalement...il en a refait. Donc j'ai arrêté... il retremble mais il se sent mieux disons... donc les événements indésirables ils peuvent être ... ils ne sont pas forcément très spectaculaires.... Mais quand ils se répètent.....ils se répètent ...on en tientil y a une conséquence sur notre pratique...sur notre prescription... bon le sigmoïdite c'est un événement indésirable clinique.....là c'est médicamenteux.
- Au niveau, c'est un peu plus difficile, mais au niveau du relationnel, ...dans la relation que vous aviez avec le patient, vous avez le sentiment que parfois il y avait des situations comme ça qui s'étaient produites de manière un peu inattendue et qui gênaient après ?
- Ah ! ben de toute façon quand on s'engueule avec quelqu'un, après c'est plus comme avant. !
- Oui, ça a pu vous arriver avec certains patients de hausser le ton et puis que après ils ne viennent plus....ou ... ?
- Ah ! Ben, bien sûr !...non c'est pas hausser le ton ...c'est...bon c'est vrai quand c'est plus au début de l'installation où on plus directif ... « c'est comme ça et pas autrement » ...bon ben je me suis aperçu que c'est pas la meilleure façon de faire passer les choses...ne voyant plus les gens, je me suis posé des questions et ça a permis de modifier ma manière de faire.....sans forcément s'engueuler...
- Et il y a des gens qui sont revenus après une certaine période par exemple. ?
- Oui !
- Et ils vous ont parlé non ...ils vous ont dit...
- Ben si tu veuxil y a eu une dame qui actuellement a 85 ans...elle avait eu une gastroscopie...y demandait un contrôle de gastroscopie....elle voulait pas parce qu'ils craignaient....je sais pas ce qu'ils craignaient.....enfin pour moi ça me paraissait important, je me suis un peu fâché...et puis je m'énerve...donc finalement ... je l'avais plus revue....elle est revenue il y a un an.
- Huum et elle vous a reparlé de cet épisodeou ?
- Si, elle m'a dit « on voulait me faire passer une gastroscopie...je l'ai pas passée...voilà ! » et puis elle m'a dit, qu'en fait, après j'avais été dénigré par quelqu'un... ça avait été un événement, un événement important...Alors la gastroscopie... vu son âge, vu le problème qui était craint....elle en a plus besoin maintenant... ! hein.
- C'est vrai... : « j'avais été un peu dénigré » vous, ou la patiente ? j'ai pas très bien saisi... ?
- Non ! c'est moi, j'avais été dénigré par une autre personne que j'avais vue pour un problème...qui me paraissait complètement....un peu...mais ça....ne changera absolument pas ma façon de faire.
- C'était un patient ou une personne du milieu médical ou apparenté ?
- Non, je crois qu'elle était venue pour un mal de gorge et je l'avais fait déshabiller pour l'examiner complètement....elle avait dit que j'étais un voyeur...ou je ne sais quoi...enfin pour faire un examen normal ...bon je m'étais arrêté là ...mais bon, ça c'est un événement indésirable de ma pratique que j'ai appris après...qui de toute façon n'aura pas de conséquences sur ma manière de faire...mais ça ne changera pas ma manière de faire, tu vois ça c'est un événement indésirable qui n'a pas attendu *rires*.....le dénigrement... ben merde !!
- C'est sûr que c'est rude si après il faut pas faire déshabiller les gens pour les examiner !
- C'est pas rude ...pas rude, c'est comme ça, de temps en temps il y a des trucs qui se passent, tu n'es pas maître...pas maître... !
- Donc, il y a une fatalité là-dedans ?
- Non ! Non ! de toute façon, on ne peut pas plaire à tout le monde ça c'est un grand truc...on peut pas plaire à tout le monde....notre manière d'être, de faire...
- Vous faites partie d'un groupe de pairs ?
- Oui !
- Ca vous est arrivé de parler...au lieu de prendre des cas au hasardde venir finalement ...un jour avec des cas qui vous avaient posé problème...comme ça ?
- On a parlé une fois avec une consœur qui a eu des ennuis avec l'Ordre justement...un problème de certificat médical qu'elle avait fait....de complaisance...et que la...comment dire ?...la bonne femme enfin s'était plus ou moins vanté à l'employeur...l'employeur avait porté plainte au niveau du Conseil de l'Ordre.
- D'accord !
- Donc, elle a eu une interdiction d'exercer par l'ordre régional...elle a fait appel...l'interdiction a été relevée ...suspendue....mais bon....ça c'est des choses qui marquent...euh...Dans ce groupe de pairs...bon, il arrive souvent qu'on parle des erreurs....des choses qui n'ont pas été faites...La dernière fois...il y a un confrère qui nous a parlé qu'il avait vu une pneumopathie.....un type qui avait un syndrome viral depuis 3 jours .c'était pendant

- le pont de l'Ascension, le vendredi il avait été vu par un confrère qui ne faisait pas le pont, lui le faisait et ...euh...le confrère avait dit que c'était viral...le vendredi soir elle l'avait emmené au Tonkin qui lui avait fait une perfusion d'antibiotique, il était revenu mais avait pas eu de radio pulmonaire...et puis le lundi matin il avait vraiment eu très mal dans son lit, il l'a hospitalisé directement par les urgences de la Croix-Rousse qui l'on emmené en soins intensifs en réa. Et en fait c'était une pneumopathie. Sa conclusion était de dire quand il y a une fièvre inexplicable faire une radio pulmonaire systématiquement.
- Sa conclusion à elle, oui ?
 - C'était sa conclusion ... le mardi soir !...et le mercredi ...sa conclusion c'était : une légionellose !!
 - D'accord *rires*
 - Mais, bon, tu vois ça c'est des choses qui restent, hein !
 - Qui restent pour le confrère ?
 - Qui restent pour le confrère et puis qui nous restent à nous aussi ! Il y a une diffusion de l'expérience entre confrères...c'est ça ...on apprend des pairs, c'est le principe... On profite, on profite de l'expérience pour modifier...pour adapter sa pratique: « Tiens, il a fait ça, moi je le fais jamais...c'est vachement bien ...et c'est... »
 - A l'issue de l'événement indésirable sur le Rodogyl, vous avez fait un signalement à la pharmacovigilance, vous vous êtes plongé dans les monographies du Birodogyl ? Sur la pharmacovigilance ?
 - Oui...oui et puis j'ai reçu une lettre qui disait que c'était pas connu...bon c'était vraiment...
 - Et sur le Trivastal ?
 - Sur le Trivastal, tu regardes le Vidal ça c'est des effets indésirables qui sont connus...qui sont pas attendus...mais presque *rires*
 - Il y a une capacité formative dans les erreurs et les événements indésirables ?
 - C'est sûr, ah ! ben c'est sûr, tu retires forcément quelque chose de positif d'un événement négatif pour la suite ...même si, sur le moment c'est difficile.
 - Qu'est-ce qu'on pourrait proposer aux médecins généralistes qui sont souvent seuls dans leur cabinet...dans ce cadre-là ?
 - De quoi ?
 - Si ils ont un événement indésirable...ils en ont forcément, ça me paraît logique, ils vont en rencontrer au cours de leur pratique .Qu'est-ce qu'on pourrait leur proposer ? Qu'est-ce qu'on pourrait leur proposer ?
 - De toute façon *réflexion 30 secondes* Qu'est-ce qu'on pourrait leur proposer ?...j'en sais rien. Je pense que le groupe de pairs...c'est bien dans la mesure où il y a une confraternité, une confiance entre les différents participants....c'est sûr, là les problèmes qui sont abordés euh de toute façon on y gagne....dans la mesure où il y a pas un fonctionnement qui n'est pas aléatoire systématiquement,mais plus le problème qui nous a été posé soit au niveau du diagnostic soit un événement indésirable...soit au niveau....Non qu'est-ce que je pourrais dire ...ça fait partie de la...c'est peut-être plus une formation sur la gestion d'un entretien...et d'un...je ne sais pas ce qui se fait actuellement...gestion d'entretien et d'un suivi d'un problème...mais d'un problème médical, c'est-à-dire de l'écoute...savoir entendre toutes les plaintes du patient, savoir les hiérarchiser, savoir que de temps en temps ça évolue pas comme on le pense et puis savoir discuter avec les gens....entendre leurs refus....entendre ...et puis bon ...je.. sais paspour la gastroscopie ...si j'avais pas été si catégorique, si j'avais dit ça serait bien de la faire, on serait arrivé à la faire...sachant que ça n'aurait rien changé 15 ans après....
 - Ça passe par une gestion du temps pour la consultation différente, à votre avis ?
 - Je pense que ... pas forcément plus de temps.....ça passe par le temps nécessaire, c'est-à-dire que les gens qui viennent vous voir pour un mal de gorge, ils ont mal à la gorge et pour le reste Docteur tout va bien. Il y a des gens très carrés d'autres très simples et puis d'autres gens pour qui il faut trouver la motivation... de la consultation, c'est beaucoup plus dur ...et pour cela il faut plus de temps. Moi, dans la gestion des rendez-vous, il y a des gens pour qui je sais qu'il me faut une demi-heure parce qu'il faut plus de temps pour faire le tour ...pour parler...et puis d'autres cinq minutes suffisent.
 - D'accord !
 - Donc il n'y a pas de stéréotype, ...enfin moi ... c'est ce tour me ... Et surtout formation à l'écoute... et gestion des conflits mais savoir que ce que tu peux proposer ne sera pas forcément entendu...mais que ça vaut le coup d'en parler ...quand même....Et puis, un jour ça sera peut-être entendu.
 - D'accord.
 - Alors d'une manière tout à fait ...complètement inattendue.
 - C'est un peu les interventions brèves ça ?
 - Ben, parler de quelque chose c'est planter sa petite graine.entre guillemets- et puis 3 consultations après, 10 ans, 1 an, 2 jours après ..ça. Et puis en parler un petit peu, entretenir un peu....là il y a une bonne femme encore ...pardon, une femme 47/48 ans, qui a des antécédents de cancer du sein dans la famille, lourd passé psychologique....qui ne voulait pas entendre parler de mammographie et finalement ...elle l'a faite. Elle est venue me la montrer.
 - Huuum...
 - Elle l'a faite parce qu'un jour je lui ai dit : « vous êtes libre de la faire ou non,vous faites ce que vous voulez de votre corps ». Ca l'a surprise, elle a dit : « Comme je suis libre, je vais pouvoir la faire ».*rires* J'avais bien entendu noté son refus de la faire.
 - Vous aviez noté dans l'ordinateur : refus de faire la mammographie ?
 - Quand je l'ai vue arriver 47 ans ...antécédents de cancer du sein tu vois ...c'est ça,....méningite...c'est le genre de personne galère...
 - Mais Elle l'a faite !
 - Elle l'a faite...c'est bon maintenantc'est plus la formation ...je suis plus comme ça...tu veux pas faire,tu veux pas faire ...c'est ton problème...on peut pas accompagner les gens.....quand on leur lâche les baskets..... formation à la psycho de l'entretien qui n'existait pas à mon époque...peut-être qu'elle existe maintenant ?
 - Ça commence !
 - Et je pense qu'un groupe d'échange confraternel c'est le plus important. !
 - Ok ! je vous remercie beaucoup.
 - De rien.

Entretien I.

- Ma thèse porte sur les événements indésirables, ça part du constat que quand on prend en charge un malade en soins primaires en tant que généraliste on peut être confronté à la survenue d'une situation que l'on n'avait pas prévue, quelque chose d'un peu inattendu, et que ça peut avoir des répercussions sur la santé du patient...et l'hypothèse que je formule c'est que ça a aussi des répercussions sur le médecin.
- D'accord.
- Il y a peu de données là-dessus et je conduis des entretiens auprès de généralistes, que j'enregistre bien sûr anonymement, que je transcris secondairement afin de les analyser. Le but n'est absolument pas de juger de la pratique, bonne ou mauvaise d'un médecin, c'est pas du tout ça, c'est juste de discuter un peu de cette notion d'événement indésirableVoilà !
- Oui.
- Avant de commencer, j'aurais besoin de données, un peu générales ! Vous exercez la médecine depuis combien de temps ?
- Libérale ? 25 ans et demi.
- Oui et auparavant, avant le libéral, il y avait autre chose ?
- J'étais interne à [REDACTED]
- Vous vous êtes installé rapidement après votre thèse...ou ?
- Deux semaines après !
- Deux semaines après...d'accord ! Vous avez fait des remplacements....un petit peu ?
- Oui, deux...deux remplacements...de... le premier de 10 jours et le deuxième de 15.
- Donc une installation... très rapide !
- Précipitée !
- Votre patientèle...elle est constituée comment, enfin en terme d'âges ?
- En terme d'âges....ah ma patientèle...j'aurais pu fournir des chiffres très précis en fonction des relevés de caisse...
- Globalement ?
- Disons que ma patientèle est, peut-être plutôt âgée... euh ! ...plutôt au-delà de 50 ans...et dans les pourcentages au-delà de 65 ans. Je fais partie de ceux qui ont un peu plus de gens au-delà de 65 ans...voilà hein...mais ceci dit on voit aussi des petits, des grossesses et heureusement, voilà !
- Une activité urbaine sur [REDACTED] ?
- Essentiellement urbaine...j'ai quelques patients en campagne mais c'est une très faible minorité.
- D'accord ! J'ai employé le terme événement indésirable, est-ce que c'est un terme qui vous est familier ?
- Oui, mais j'aimerais que tu précises un petit peu ce qu'est l'événement indésirable. Est-ce que c'est l'interaction médicamenteuse que l'on n'avait pas prévue ? Est-ce que c'est l'intolérance médicamenteuse que l'on n'avait pas prévue ? Est-ce que c'est l'erreur de diagnostic ?...l'erreur de diagnostic tout particulièrement... euh ... le manque d'attention ? Qui a induit quelque chose ...un coup de fatigue qui induit un manque...et tout le retentissement qu'on est capable de peser nous-mêmes...parce qu'on revoit le patient...
- Justement ma question était celle-ci : qu'est-ce que vous mettriez spontanément derrière cette notion d'événement indésirable ? ...Vous y mettriez tout ça en fait ?
- Oui ! ...heureusement la dernière hypothèse n'est pas, à mon avis, n'est pas la plus fréquente, en tout cas à notre connaissance...moi le premier événement indésirable que je connaîtrais dans notre profession c'est l'événement lié à l'emploi d'un médicament qui ...d'une part l'emploi de ce médicament simplement à lui tout seul ou conjointement à un autre donne lieu à un événement indésirable. Et c'est pourquoi....donc ...tu m'as demandé depuis combien de temps j'exerçais, donc depuis 25 ans et demi...moi je mets beaucoup de temps à utiliser les nouveaux produits lancés par les laboratoires. Pour... avant de les utiliser, j'attends d'avoir, quand même des retours anciens...parce qu'on des expériences relativement douloureuses avec ça ! Et en ce moment, on a un nouveau médicament par exemple au niveau des Statines... qui a fait parler de lui. etc.
- Huum...
- Moi, je l'ai encore jamais prescrit, j'ai un de mes patients qui est sous ce médicament, mais c'est pas moi qui l'ai prescrit, c'est une équipe spécialisée de Lyon dans un cas très particulier...voilà ! Moi... l'événement indésirable ... Le premier, à mon avis, en fréquence ça serait plutôt celui-là.
- Celui-là, mais ça pourrait être aussi un peu tous les éléments, tous les aspects que vous avez donnés...en vous demandant : est-ce que c'est ça ...est-ce que c'est ça....erreur de diagnostic.....évolution non maîtrisée d'un ?
- Bon l'événement....l'autre événement indésirable, mais là...je ...je le qualifierais pas comme ça, je sais pas si toi tu le qualifierais comme ça ...si tu le prévois comme ça dans ton travail ...euh ! ...c'est classiquement le patient fonctionnel ... hypocondriaque, on l'appelle comme on veut. Le patient colopathe qui arrive ...comment dire... toutes les fois c'est « boyaux story ».alors on se dit « tiens le voilà encore avec son mal de boyaux » et puis un jour il nous fait quelque chose d'organique de plus ou moins ennuyeux et là pendant 15 jours , 1 mois on modifie complètement notre attitude vis-à-vis de l'écoute de ce genre de patient... on met nettement plus d'attention sur ce qu'ils disent , on devient nettement plus interventionniste en qualité d'examen complémentaires.
- Huum...
- Oui !
- Je vais vous proposer une définition pour événement indésirable c'est une définition qui est officielle, du Ministère. Ca définit un événement indésirable en disant : *il convient d'entendre par événement indésirable tout effet fâcheux immédiat ou différé sur la santé d'un patient ou d'une population survenu à la suite de soins préventifs ou curatifs*. Elle vous inspire quoi cette définition ?
- A mon avis...elle est...elle est...elle a l'avantage de dire en relativement peu de mots... finalement de définir effectivement très très bien ce qu'est un événement indésirable. J'ai très très du mal ... à exprimer ce que cette définition dit. Elle me paraît tout à fait adéquate. Oui, englober plusieurs aspects...
- Oui, je vais vous en proposer une autre. *Il convient d'entendre par événement indésirable toute situation survenue dans la pratique du médecin qui n'a pas été anticipée, qui n'a pas été prévue et qui fait dire au médecin : « ça ne doit pas arriver, je ne veux pas que ça se produise. »* Qu'est-ce qu'elle vous inspire celle-là ?
- Elle est également bien adaptée, elle est complémentaire de la première.
- Elle la complète ?
- Elles se regroupent ces deux définitions-là.
- Elles se complètent comment ? Par quels aspects ?
- Quand elle dit que le médecin n'a pas envie que ça se renouvelle...je pense qu'elle...elle apporte... j'ai dit la première définition avait l'avantage de définir le truc en très peu de mots...là elle continue de préciser les choses qui n'avaient pas besoin d'être précisées autant que ça. Quand on a un événement indésirable, je pense qu'on est jamais satisfait de cet événement....donc. Là, mon prof de français disait « quand on explique quelque chose , il faut dire le plus de choses avec le moins de mots. » Je crois que c'est la qualité de la première définition , la deuxième , elle délaie, elle précise un petit peu.
- L'erreur médicale vous la positionneriez comment cette notion par rapport à l'événement indésirable ?
- Ben là elle est en plein dedans !
- Huum...
- Elle est en plein dedans dans le sens où bien évidemment elle n'est pas prévue, où bien évidemment elle donne lieu à regrets, j'espère en tout cas,...la réflexion sur sa pratique , j'espère aussi....euh moi j'ai des exemples précis en tête donc on se réfère très très vite à des événements précis par rapport à tout ça.
- Ces événements précis, vous pouvez m'en parler....ceux qui vous viennent- là par exemple ?
- Le dernier, le plus aigu ...le plus aigu....non, non...mais ça se raconte,si ! Ca peut faire avancer quelqu'un...J'ai vu un de mes patients... j'ai , c'est une histoire très très particulière, je vais essayer d'abréger ...très brièvement

- .De la même façon qu'actuellement on fait une thèse....
 Sonnerie de téléphone, prise d'un rendez-vous, durée 2 minutes environ Pardon.
- Pas de problème *sourires*
 - Donc de la même façon que nous sommes en train de faire un travail sur les dépistages des incontinences urinaires à l'effort chez la femme avec ma stagiaire, j'avais fait faire il y a deux ans et demi un travail sur le dépistage du cancer colo-rectal dans un cabinet par l'usage de l'hémocult. Le stagiaire prédécesseur en avait même fait sa thèse (depuis il est installé sur le Roannais). Bien !
 - Huum...
 - Dans le cadre de ce dépistage on a trouvé ... les gens ont adhéré en général à la coloscopie à 99% quand on avait un hémocult positif, sauf un patient qui , à l'époque , pour des raisons personnelles avait voulu différer.
 - Huum...
 - C'est le seul patient qui nous a fait un cancer, il a fait un cancer colo-rectal, un cancer du rectum plus exactement qu'il a développé...un an après. Bon ce patient a été opéré et il m'a appelé, il allait très bien, il avait des colos de contrôle qui étaient normales. Et un jour, il m'a appelé...je me souviens très bien c'était le jour de l'enterrement du pape, il était devant sa télé et il avait pris son rendez-vous en disant à ma secrétaire à quelle heure peut venir le médecin car j'ai des courses à faire ; elle avait répondu qu'il pouvait venir s'il pouvait faire des courses !Non,non ,il me connaît ...j'aimerais bien ...je préférerais...étant donné le contexte...j'y étais allé. Ce type avait mal au ventre, il se plaignait de diarrhées, il se plaignait de douleurs abdominales...mal au ventre mais il gardait un bon appétit, il se demandait ce qu'il allait manger. J'ai suspecté une occlusion, il avait un ventre tympanique, sonore, dur...j'ai suspecté une occlusion et pourtant il avait la diarrhée et il avait des gaz, des gaz et des gaz...Bien c'était un vendredi midi, je l'ai gardé chez lui ...
 - Oui...
 - Et le samedi après-midi il a fait une rupture diastatique de son caecum. J'avais téléphoné au spécialiste de l'hôpital , le vendredi midi pendant l'enterrement du pape devant lequel il était, il augmentait ou baissait le son pour que l'on puisse parler .Donc, ce patient n'était pas altéré du point de vue état général histoire n'est pas de douleurs, loin de là. Il avait un ventre comme ça *fait geste « de souplesse »*
 - Huum...
 - Donc voilà, suspicion de diagnostic, erreur de diagnostic en l'ayant suspecté, ça c'est quand même le pire hein ! Avec l'aide des spécialistes me disant « non ce...sa dernière colo montrait une toute petite récidence ». Il était pris en charge le lundi, attendu à l'hôpital lundi, 2 jours après. Et il fait sa rupture diastatique avec un choc septique derrière, il s'en est sorti depuis il a eu une opération. Voilà !
 - Vous l'avez revu depuis ?
 - J'ai accueilli la famille, qui est une famille de médecins, extérieurs à ma ville ... et euh... cette famille est venue en étant très démonstrative... d'ailleurs j'ai endossé ma responsabilité complètement, mais cette famille s'est montée très très démonstrative, très...plus que critique...violente. Je ne me suis pas défilé, je leur ai dit qu'effectivement je comprenais leur comportement et ils ont quand même été très désagréables. Et je suis allé voir mon patient à l'hôpital, je suis allé le voir deux fois et la relation n'a pas été altérée avec le patient, je lui ai dit que j'étais passé à côté...
 - Ok.
 - C'est une histoire dont je me souviendrai, voilà comment on en parle aujourd'hui ...donc en te signalant que c'était la mort du pape...la date ça montre que c'est un événement qui n'est pas très vieux.
 - Bien sûr, il y a eu de la culpabilité derrière ?
 - Ah ben ! complètement complètement... ah ben... comment on ne peut pas culpabiliser ?
 - Et le fait d'aller parler au patient et de lui dire « voilà je me suis trompé » etc ... ça l'a diminué ... le fait que derrière la relation elle reste?
 - Oui, ça aide... ça aide à digérer son truc....d'en parler avec le... ah oui ! très certainement plutôt que
- d'avoir...de s'être caché....d'être resté chez soi en se disant « pourvu que cette famille n'entame pas »....oh là là ! je reste prostré chez moi ...certainement pas dans ces cas-là. Il faut, il faut savoir qu'on a un métier qui nous expose à ça... et que ça fait partie des choses enrichissantes
- J'ai une question à vous poser, enfin deux questions : l'événement indésirable là-dedans, c'est la perforation, la complication ou c'est le fait...malgré...vous dites bien que vous étiez en alerte et que quelque chose, votre sens clinique vous disait : il a un tympanisme...il y a quelque chose...une alarme un petit peu... C'est quoi, c'est la complication ou c'est le fait d'avoir l'esprit... qui a repoussé les paramètres qui vous faisaient suspecter et envisager une occlusion ?
 - L'événement indésirable c'est la perforation, l'événement indésirable c'est la perforation, et après rétrospectivement on revit ... mais l'effet indésirable c'est la perforation, c'est ce qu'a vécu mon patient...la culpabilisation c'est ce que j'ai vécu moi et ça c'est...secondaire. Je pense quand-même que le premier effet indésirable, c'est ce qu'a vécu mon patient qui a failli mourir d'un choc septique.
 - J'ai une autre question un petit peu difficile : c'est un événement indésirable ou ...c'est une erreur ?
 - C'est une erreur à l'origine d'un événement indésirable.
 - Huum...
 - Mais là-dedans on cherche des excuses, je cherche à expliquer mon comportement. J'ai eu ce coup de fil avec deux spécialistes de l'hôpital qui le suivaient....en plus c'était un patient qui était multi-surveillé par le radiothérapeute, par le gastro-antérologue, par l'oncologue par le chirurgien il avait vu tout le monde dans la semaine. Il faut savoir que je l'ai rappelé le samedi matin, c'était le vendredi midi,je l'ai rappelé le samedi matin pour lui demander comment il allait , il m'a demandé ce qu'il fallait qu'il mange en attendant de rentrer à l'hôpital le lundi.
 - D'accord ! Vous en avez parlé avec les médecins qui le suivaient, les gastro... ?
 - Oui et puis on même beaucoup vu l'événementet ils m'ont dit « c'est une erreur » ... dans notre métier on est confronté à des erreurs
 - Et le spécialiste que vous aviez appelé au téléphone, vous l'avez revu donc oui ?
 - Je l'ai pas revu, non mais je l'ai eu à nouveau au téléphone.
 - Vous en avez parlé avec lui de...
 - Oui tout à fait !
 - Et il avait cette culpabilité lui ... ce sentiment de ?
 - Non, il n'avait pas cette culpabilité et il n'avait pas à l'avoir parce que comme il me l'a dit et la par contre je me suis retrouvé un petit peu tout seul dans mon histoire ... il m'a dit « oui moi j'ai donné un avis par téléphone mais moi je ne l'ai pas examiné »...Ce en quoi il avait tout à fait raison ...mais j'ai trouvé que là, il se désolidarisait un petit peu de mon problème...il a été très gentil en disant tout le monde se trompe ,tout le monde se trompe mais moi...je vous ai donné un avis au téléphone mais moi je ne l'ai pas examiné ,ce en quoi il avait tout à fait raison.
 - Vous avez d'autres exemples qui vous reviennent en tête là comme ça de situations récentes ou moins récentes qui vous ont marqué ?
 - Ouiassez peu de temps avant, n'interprète pas que ça m'arrive assez fréquemment et que je suis un homme très très dangereux quelques temps avant une dame qui a dû faire des troubles du rythme cardiaque...que nous avons mis aux AVK sur les conseils du cardiologue et elle sortait de l'hôpital pour un problème d'angor que j'avais diagnostiqué à mon cabinet , elle est partie en SAMU de mon cabinet, elle est restée, elle a subi des investigations et, pendant qu'elle était à l'hôpital, elle avait fait des salves d'AC/FA ... documentées et bien établies des salves d'origine..... et c'est une patiente qui avait, qui a 81 ans ,82 ans et qui en fonction de ce diagnostic là est sortie en rythme sinusal en disant étant donné son âge on évite de donner des anticoagulants, d'autant que j'avais perdu un autre patient 15 jours avant qui était sous AVK et chez qui j'avais diagnostiqué un AVC hémorragique sous AVK à 83 ans et je me souviens quand on avait téléphoné à l'hôpitalje lui ai

- dit que j'étais pas très chaud... même si on dit ...enfin bon !
- Huum...
 - Et là-dessus, je suis allé voir cette dame qui était fatiguée et qui sentait des palpitations et elle était en AC/FA à fréquence rapide. Je téléphone au cardiologue et je lui ai dit: « voilà, elle est à nouveau en AC/FA et puis là elle le supporte mal, on va probablement être amené à prescrire des AVK » ; mais là, il a dit « il faut y aller ». J'ai prescrit des AVK , j'avais choisi le Préviscan pour avoir plus tard des taux de pro ... pardon des INR plus stables et il se trouve qu'elle a décoagulé d'une façon très rapide, on faisait des contrôles quotidiens, premier INR au bout de 4 jours de traitement elle était à plus 6, donc j'ai suspendu le soir et divisé par 2 le lendemain elle était à plus 8,5 , j'ai suspendu 2 jours on est passé encore à la moitié de la dose et elle est passée à 11% mais ça entre les deux j'ai été appelé parce qu'elle avait mal au ventre, effectivement elle avait un hématome de paroi...
 - Voilà, d'accord et.... ?
 - Mais entre temps elle avait fait un hématome beaucoup plus important et j'avais demandé une numération globulaire et elle était tombéeelle avait fait une déglobulisation qui l'avait amenée à un taux d'hémoglobine de 9 grammes quand même ...donc là aussi ...malgré toutes les....euh et là c'est pas une négligence de la part du médecin, c'est une dame qui a répondu de façon extrême aux anticoagulants, on avait aucune antécédence qui nous permette de prévoir ça.
 - Huum...
 - Voilà ! Alors ça c'est le piège de la science ...c'est de...et là malgré toute la... là je ne pense pas à posteriori avoir fait une erreur, j'ai effectué une surveillance rapprochée... je ne voulais pas la réhospitaliser pour mettre un traitement AVK en route... voilà....là j'ai été moins culpabilisé, j'ai été ennuyé. J'ai vécu ça comme un événement indésirable lié à cette thérapeutique à laquelle la patiente a été anormalement sensiblemais j'ai été ennuyé que cela lui arrive. J'ai été la voir ... j'ai été la voir au service des urgences et par contre là aussi la famille m'a culpabilisé, a incriminé ma responsabilité.
 - Vous l'avez revue aussi ?
 - J'ai reçu la famille, la patiente est revenue ici pour faire contrôler son rythme cardiaque et la fille l'accompagnait. La fille m'a dit : » nous n'avons pas tellement apprécié ce qui s'est passé. Vous avez prescrit quelque chose à maman en sachant qu'il y avait un risque hémorragique. » et là, j'avoue que ce jour-là, j'étais un peu plus surbooké encore que d'habitude, j'avoue que je l'ai assez mal vécu. J'ai dit à la fille de cette patiente : « Vous voyez ...des gens comme vous, prudents comme ils sont, précis comme ils sont, ils devraient passer leur Bac, faire 10 années d'études et travailler 12 h par jour et après on pourrait parler d'égal à égal ». J'avoue que ce que j'ai fait n'était peut-être pas été très élégant mais ... je l'ai mal vécu parce que je trouvais que ma responsabilité était moindre que dans le cas de ce que j'ai pu vivre quelques temps après
 - Vous ne suiviez que la maman ?
 - La mère, je suivais la maman et eux ce sont d'ex patients la fille et le gendre, ce sont d'ex patients que je soignais mais des patients très indépendants qui ne suivent pas les conseils qu'on leur donne ... dont les ordonnances de 4 mois servent 7 mois ... donc on se doute que l'observance est très limitée, ils sont très critiques, toujours très critiques vis-à-vis de la profession médicale.
 - Finalement la relation que vous aviez avec eux ça ne bousculera pas ... ?
 - Elle était sympathique ... finalement ils n'avaient pas hésité à m'amener leur mère et belle-mère respective après mais autour de cet événement j'ai senti tout de suite un réveil de quelque chose, je ne sais pas ce qu'ils avaient à me reprocher mais ...moi-même je n'adhérais pas tellement, la relation s'est détériorée du fait de leur comportement médical . Moi quand j'ai senti qu'ils adhéraient mal à mes conseils, ils ont ressenti eux aussi que je devais prendre un peu du large et ils ont préféré aller en voir un autre plus tolérant vis-à-vis de leur manque de tolérance.
 - En début d'entretien vous avez dit : « je suis très réticent à utiliser de nouvelles thérapeutiques médicamenteuses en l'absence de recul suffisant pharmacologique », vous avez le souvenir que cette démarche s'inscrit dans l'amélioration de votre pratique ou parce que vous avez eu des soucis peut-être au début de votre pratique ?
 - Alors là heureusement pour moi, non ! Heureusement pour moi , non ! Ça m'est pourtant déjà arrivé d'utiliser des nouvelles thérapeutiques...ça m'est donc arrivé comme tout le monde de subir la visite médicale, je pèse mes mots en disant subir la visite médicale, j'ai pris la décision en début de semaine de ne plus la subir d'ailleurs , donc j'arrête la visite médicale ; j'ai eu la chance de ne pas en subir les effets ...non !
 - L'aspect médico-légal dans les événements indésirables ou les erreurs, il intervient ?
 - L'aspect médico-légal m'ennuie moins que le côté personnel, le côté médico-légal on s'en défend toujours, il y a des avocats...quand on en arrive là....je crois que ce n'est plus du tout la même discussion, mais à mon avis quand on arrive au problème médico-légal , le problème n'est plus du tout le même.
 - C'est à dire qu'il n'y a pas eu de changements dans votre pratique ?
 - Le combat s'arrête ... pour en revenir à mon problème d'occlusion, mon combat s'arrête après avoir revu le patient, après avoir reçu la famille. Si, à ce moment il y a un schisme ça devient un problème médico-légal. Tant qu'on est loyal ... réglo, tant qu'on ne se défile pas ... Si j'avais menti en disant « il ne m'a pas dit ce qu'il avait... » Tant qu'on est loyal, si jamais ça foire derrière, pour parler simplement, à ce moment-là je crois....non ce n'est plus le problème !
 - C'est une forme d'honnêteté intellectuelle envers soi-même, envers le patient ?
 - Tout à fait, tant que l'on a fait, à notre avis, ce qu'il fallait....
 - Sentiment d'avoir fait son maximum, d'avoir fait son travail correctement ?
 - Oui ! Je me rappelle ...je peux citer le cas d'un confrère. J'avais eu une visite un jeudi matin de bonne heure (jour où je ne travaille pas) pour une petite de 5 mois qui avait une rhinopharyngite. Ma secrétaire me dit : la famille untel a appelé, elle voulait que vous y alliez tout de suite parce que la petite avait 38.5° et elle avait le nez bouché. Ils ont appelé quelqu'un d'autres. Bon c'était 9h j'arrivais au cabinet, elle avait déjà eu le temps d'appeler un confrère. Et à 10h30, j'étais parti poster du courrier je revenais, et ma secrétaire complètement atterrée me dit : « la famille a appelé, la petite est morte ! »
 - Hooo...
 - Le confrère qui avait été la voir a examiné cette petite, ils habitaient dans un immeuble à plusieurs étages et la rue passait en bas. Le confrère avait examiné cette petite, elle avait une rhino comme on en voit habituellement, point, terminé ! Il redescend vers sa voiture et, par la fenêtre le papa le rappelle et lui dit : docteur, elle saigne du nez, elle a une goutte de sang qui sort du nez et le confrère était remonté....Moi je pense pas que tout médecin serait forcément remonté . Il a trouvé une poupée de chiffon. Cette petite a fait un syndrome de Reye et elle était poupée de chiffon quand il l'a vue. Il a dit aux parents vous la prenez, vous l'emenez dans votre voiture, ils habitaient à 200m de l'hôpital ; elle est décédée dans la voiture !
 - Huum...
 - Cette famille m'a rappelé à midi autour de la maman, la petite était à la morgue, et j'ai été rappelé autour de la maman qui était dans son lit complètement abasourdie. Il n'a pas été question du tout de l'acte médical à ce moment-là ; il n'a été question que de la disparition de la petite. Et le lendemain ou deux jours après, ou même après les obsèques, j'ai revu cette maman et à ce moment-là la papa m'a dit : « il y a certainement eu une erreur médicale ». Il fallait trouver un coupable, haro sur le baudet, et qui pouvait-on trouver comme coupable d'autre que le pauvre confrère qui était venu là pour dépanner en l'absence de ma disponibilité à moi ?
 - Huum...
 - Et j'avais téléphoné au confrère en question...alors inutile de dire ... j'avais pu dire ce que j'avais raconté : il est

- remonté, il a fait tout ce qu'il fallait du début à la fin ; le syndrome de Reye, c'est quand même quelque chose ...bon elle avait eu un déficit en je ne sais quelles enzymes, congénital, bon qu'on connaissait chez la maman qui était transmis, bon c'était une petite qui était suivie par le pédiatre Mais voilà ...je me souviensj'avais soutenu le confrère, je l'avais appelé en lui disant voilà il se passe ça, j'ai dit ça à la famille, mais sache.... sache qu'ils n'ont pas tout compris !
- Et vous l'avez revue la famille ?
 - Et bien c'est moi qui les soigne ! Et il s'ont eu à nouveau une petite derrière qu'ils élèvent tout à fait correctement, qui n'est pas en remplacement de la première...oui euh voilà .
 - Vous avez dit aussi par rapport aux gens qui ont un tableau fonctionnel et pour qui on a tendance à se dire ça va encore être ça....le refrain de tel ou tel... ?
 - Oui et non ! C'est quand même pas comme ça...non c'est quand même pas aussi méprisant que ça....ça dépend quand même beaucoup de l'humeur du praticien, il y a des jours avec et des jours sans...mais on se méfie aussi beaucoup très justement du risque que représentent ces patients et c'est même à la limite une obsession pour nous pour le coup. Mais il y a des techniques pour ne pas se laisser piéger, c'est de marquer par exemple ce qu'ils disent...moi c'est ce que j'utilise...je marque ce que dit le patient pour bien vérifier que d'une fois sur l'autre le discours est le même. Et chez ce genre de patient il n'est pas rare de retrouver d'une fois sur l'autre ou d'une année sur l'autre ou quelques mois la même phrase : « ça me fait comme si j'avais avalé ça, comme si..... »
 - Huum...
 - Voilà et puis un jour il ne dit plus la même chose et c'est arrivé plusieurs fois qu'on dise et bien c'est pas comme d'habitude et là on déclenche ! Donc on y est quand même attentif, mais ça c'est le danger, le risque...
 - C'est le « pas comme d'habitude » finalement qui déclenche le processus de recours à l'avis spécialisé ou aux examens paracliniques ?
 - Aux examens paracliniques, l'avis spécialisé c'est le plateau technique qu'on recherche dans ces cas-là !
 - Oui, vous avez dit aussi « quand il y a eu erreur ou événement indésirable on sera plus susceptible pendant quelques temps d'avoir recours plus facilement à des examens paracliniques » avant qu'il y aie quoi....une réassurance ?
 - On se repenchera peut-être plus facilement....je reprends l'exemple du colopathe car c'est relativement fréquent...on vérifiera plus facilement la date de la dernière coloscopie...ou même si son discours est exactement le même , même si on ne trouve aucune altération de l'état général , si on s'aperçoit que ça fait 7 ans sans colo....alors on va y aller. J'ai parlé tout à l'heure de demande d'avis spécialisé, non on fait appel au plateau technique. Mais il y a des fois où je demande l'avis spécialisé pour que ...pendant le temps de l'attente du rendez-vous on aie la paix avec le patient La remédiation du spécialiste.
 - Ce patient ...qui avait eu une coloscopie différée par lui-même, qui était le seul malheureusement à avoir eu un cancer ... Derrière les patients à qui vous avez fait des hémocults positifs et qui disaient « bof j'ai le temps... » quelle attitude vous aviez ?
 - C'est le seul !
 - C'est le seul qui a fait ça ?
 - C'est le seul et ça a donné lieu à un travail de thèse .
 - Et vos hémocults positifs, vous insistez pour la coloscopie, vous êtes plus sensibilisé après ce travail de thèse ?
 - Non, j'étais déjà sensibilisé avant et c'est dans ce sens là que j'ai fais faire ce travail de thèse à mon stagiaire.
 - D'accord !
 - Non non en fonction de la patient.....nonon déborde un petit peu, on est plus dans le sujet...non les patients savent très bien que je leur fait des hémocults tous les deux ans , ils sont avertis dès le début depuis qu'ils ont 49 ans quand je commence à faire des dépistages tous les deux ans , le deuxième semestre des années paires , ils doivent passer des hémocults, à moins qu'ils aient un facteur de risque.
 - Oui ?
 - Et que si les hémocults reviennent positifs ça déclenche une coloscopie ... donc les quelques patients positifs ils disent bien « je suis cuit ! » et j'ai même pas besoin de leur représenter le truc.
 - D'accord il y a des démarches systématiques que vous avez incluses dans votre pratique par rapport aux recommandations ?
 - Par rapport à la prévention ?
 - La prévention ou autre ?
 - Oui ! Oui par exemple, la prescription médicamenteuse. On ne peut pas fonctionner autrement maintenant ! je pense qu'on a de la chance d'avoir effectivement des recommandations et comme on le disait l'autre jour à la suite d'un cours de gynécologie il y a maintenant des recommandations par rapport à la prise en charge de l'ostéoporose post-ménopausique , par rapport aux indications tomodensitométriquesCa reste des recommandations , libre à nous de faire ce que bon nous semble ensuite dans l'intérêt de nos patients . Mais il faut quand même connaître au départ les recommandations pour avoir un chemin directeur et puis libre à nous de juger de ce qu'on peut transgresser en fonction de ce qui nous paraît être ...il y a le bon sens après, il y a la pratique.
 - C'est un moyen de prévenir la survenue d'événements indésirables l'application des recommandations ?
 - Pas sûr...ça c'est pas sûr !
 - Ca peut en amener ?
 - Non....pas non plus, non pas non plus...il faudrait y réfléchir d'une façon plus prolongée....je suis entrain de réfléchir : les recommandations risquent de déclencher des événements indésirables...je réfléchis par rapport aux recommandations qu'on peut avoir.....par rapport à la prévention secondaire dans les maladies cardiovasculaires. L'usage des Statines est à la mode en ce moment. Bon on est amené à utiliser une dose de Statine un peu supérieure...alors effectivement on a peut-être un risque de rhabdomyolyse qui est un peu augmenté, mais du coup on vérifie, mais vraiment comme desc'est recommandé, les CPK et les Transa et on est très à l'écoute des patients qui se plaignent de fatigue, d'asthénie sans forcément des myalgies fortement ressenties ; on est très attentif chez un patient qui perd des performances qui se plaint de fatigue, les 40 mg de pravastatine ou de simvastatine.
 - Les événements que vous avez raconté avec des patients....ces situations...
 - Avec les statines, oui !
 - Je reviens à ce que vous avez dit tout à l'heure... la perforation ?
 - Alors la perforation, je suis en train de penser que j'aurai pu le dire : le stagiaire qui a passé sa thèse là-dessus (je faisais fonction de président de thèse) parce que le jour où il a passé sa thèse j'ai simplement signalé que le seul cas ...quand il a réalisé sa thèse on ne savait pas, le diagnostic n'était pas fait.....il s'est fait seulement 3 jours avant la passation de la thèse ...donc je suis arrivé en disant voilà il se trouve que le seul cas d'hémocult positif sans coloscopie sera opéré dans 3 jours d'un cancer du rectum ..voilà et ça c'était au mois de juillet 2004 , on a présenté la thèse.
 - Vous en parlez un peu avec vos stagiaires des événements indésirables, des erreurs que vous avez pu faire...ou avec d'autres confrères ?
 - Si la discussion amène à en parler... Mais je n'ai pas pas non plus....quand on accueille les stagiaires on n'a pas un calepin où il faut vraiment que je marque toutes les merdes que j'a eu ou bien lui monter quels risques on a en exerçant notre métier. Le couvreur qui embauche un employé ne lui dit pas « ben tiens j'en ai 3 qui se sont tués dans l'entreprise depuis des années, l'un a traversé le toit, l'autre le fibro... Voilà tous les dangers mon grand dont il te faut te méfier. »
 - Il y aurait une dimension formatrice derrière ça ?
 - Oui, mais ça vient à propos, on voit le stagiaire qui prescrit une Statine à 40 mg, tu n'oubliera pas de marquer les CPK parce qu'on a des risques de rhabdomyolyse , voilà !
 - D'accord, qu'est-ce qu'il faudrait proposer aux médecins généralistes quand ils sont face à un événement indésirable dans leur cabinet ?

- Est-ce que...
- Qu'est-ce qu'il faudrait leur proposer ? qu'est-ce qui existe déjà ?
- Alors je pense ...il existe des choses qui se mettent en place auxquelles je crois beaucoup: les groupes de pairs, les groupes d'échange de pratique. Sur notre ville on a créé un groupe de pairs et ça c'est un excellent moyen.... Je déborderais un petit peu, mais je pense que je ne suis pas hors sujet en disant ce que je vais dire. Un praticien de médecine générale c'est quelqu'un à qui on demande 12 h par jour d'être à l'écoute des gens, de communiquer, de faire preuve d'empathie, de sympathie, le moins possible d'apathie et à fortiori d'antipathie. On écoute ces maux, la reformulation et tout ce qui permet au patient de se sentir pris en charge. Quel est le personnage de la société qui est le plus mal écouté ??? C'est le médecin généraliste, ses patients ne sont pas là pour l'écouter, loin de là ; sa famille, elle ne l'écoute pas... Il soigne les autres, il est forcément en bonne santé, les amis, c'est le ténor ! Il soigne tout le monde, le médecin généraliste il n'a pas de problème... le médecin en général c'est un peu une personne qui n'est jamais écoutée.
- Huum... oui... les médecins en général ?
- Oui ! Et l'existence des groupes de pairs c'est quelque chose qui permet de partager son expérience et le partage, l'échange d'avis à l'intérieur d'un groupe de pairs au-delà de 6/7 égale un avis d'expert et c'est un endroit où on est écouté.
- Huum...
- Moi j' ai présenté mon cas, à titre exceptionnel, je suis arrivé en disant j'aimerais vous exposer quelque chose qui m'est arrivé, voir ce que vous en pensez rétrospectivement, comment vous feriez vous-mêmes ? Ça m'a rien apporté en ce sens ... parce qu'ils m'ont conforté dans ce que j'avais fait, sans banaliser pour autant...mais voilà... moi j'ai une solution....je pense... !
- C'est un espace de parole avec des gens ?
- C'est un espace de parole c'est pas une secte *rires*
- D'égal à égal ?
- Ben oui comme tu le dis, par définition c'est un groupe de pairs, p a i r s, de semblables, de même pratique, qui sont là avec les mêmes motivations avec le respect d'autrui, à l'écoute d'autrui, pour enrichir autrui, s'enrichir soi-même et ça je trouve que c'est une bonne formule !
- C'est à dire que le groupe de pairs ça procède autant de l'écoute de confrères que de l'amélioration de la pratique, ça réunit à la fois l'écoute et l'aspect technique de la pratique ?
- Oui tout à fait, oui tout à fait !
- D'accord, il y aurait d'autres chose à proposer ?
- *sourir* Certainement.....certainement !
- Les groupes de pairs en tant qu'outils vous semblent intéressants,
- Ah !moi jechez nous on se réunit un e fois par mois .
- Ça fait combien de temps qu'il y a des groupes de pairs chez vous ?
- Ça fait 18 mois.
- 18 mois et vous dites : de manière exceptionnelle....vous prenez des cas aléatoires... ?
- Pas de cas aléatoires, enfin... c'est la cinquième consultation avant la fin de la veille qu'on présente et...on a parfois l'impression de présenter un cas absolument sans intérêt....Je me souviens qu'un jour j'avais présenté le cas d'une revaccination chez une petite, je suis arrivé en disant ça va être très bref et finalement on a eu du mal à rester dans le quart d'heure...on s'accorde 1/4h, il n'y a pas de sablier mais presque, on a un modérateur et un secrétaire...et on a eu finalement du mal à tout dire dans le même 1/4h, on a beaucoup échangé sur le calendrier vaccinal, la façon de faire le vaccin, le comportement vis-à-vis de l'enfant quand on fait le vaccin...Voilà.....
- Bien, écoutez je vous remercie beaucoup.

Entretien J.

- Bonjour, je me présente. Je suis Marc Chanière, résident en sixième semestre.
- Enchanté !
- Je réalise un travail sur les événements indésirables auprès de médecins généralistes. Le constat à l'origine de ce travail, est que lors de la prise en charge d'un patient, le médecin généraliste peut être confronté à la survenue d'un événement indésirable.... Qui a parfois des conséquences sur le patient... parfois graves.
- Oui.
- Et l'hypothèse que je cherche à explorer est qu'il y a également des conséquences sur le médecin généraliste et...
- Ca c'est l'enregistreur ?
- Ouais, c'est l'enregistreur. En fait, j'enregistre les entretiens que je réalise auprès des médecins et ça ne les retranscrit pas encore donc c'est moi qui les transcris secondairement
- D'accord.
- C'est des entretiens bien sûr anonymes. Le but c'est de discuter avec vous, c'est pas de juger d'une pratique, une bonne ou une mauvaise pratique.
- D'accord.
- D'accord. Donc, euh... avant de commencer est-ce que vous pouvez me dire depuis combien de temps vous exercez la médecine ?
- Ici ? ou... en médecine ?
- En général et ici.
- Ici depuis...euh vingt...euh bientôt vingt-six ans, un peu plus de vingt-six ans...et en revanche j'ai travaillé aux Hôpitaux Sud de Lyon pendant un an dans un service de gériatrie.
- Ca a été tout de suite votre premier cabinet ?
- Hum première installation
- D'accord. C'est un cabinet qui a quel type de patientèle, un petit peu ?
- De tout.
- De tout ?
- Je fais de tout : des enfants, des femmes, des hommes des vieux, des grands vieillards et...voilà, je fais tout.
- Hum. Et sans être indiscret, votre âge, euh...c'est ?
- 58 ans.
- D'accord. Ok. Ca c'était juste pour faire des statistiques. Ce terme d'événements indésirables est-ce qu'il vous est familier ?
- Hum, je dirais qu'il est une de mes préoccupations quotidiennes en fait ! *rire*
- Hum.
- Je pense qu'il n'y a pas, qu'on ne peut pas prescrire sans envisager l'éventualité qu'il peut y avoir un événement indésirable.
- Hum. Vous mettriez quoi derrière cette notion finalement, vous, d'événement indésirable ?
- Je pense que c'est, que c'est le risque du métier.
- Hum.
- Mais je veux dire qu'événement indésirable ça commence, euh...un geste maladroit, hein. Événement indésirable, c'est...c'est faire un truc qui pourrait faire mal, nuire, léser le patient. Je pense que ça commence déjà là, ça commence dès qu'on a des patients, je lisais l'autre jour une histoire dans je ne sais quelle revue...
- Hum...
- De ce jeune médecin qui va faire j'sais quoi pour la première fois une visite à des gens pour leur enfant et avec tout plein d'avant il dit à la mère: « Alors où il est ce p'tit monstre ? » Et en fait il était trisomique l'enfant.
- D'accord.
- D'accord. L'événement indésirable il est aussi là. Moi aussi il m'est arrivé de...
- Dans la relation... ?
- D'avoir oublié que la mère de ma patiente était morte, et lui demandé comment elle allait alors qu'elle était morte depuis la dernière consultation. Je le savais mais j'avais oublié.
- Hum.
- L'événement indésirable, c'est le risque du métier alors c'est le risque quand on prescrit, quand on fait des choses. Moi je fais des infiltrations, par exemple chaque fois que je fais des infiltrations, quelque part j'adresse une petite prière au Dieu des médecins pour qu'il me protège ! *rire*
- Hum. D'accord.
- Que ça se passe trop mal, qu'il y ait pas de réactions négatives, il m'est arrivé de piquer des tendons et dire merde !
- Oui pas la rupture tendineuse ! ...
- Alors oui j'ai dit, il m'est arrivé de piquer des tendons maladroitement, j'ai retiré l'aiguille. Et il m'est arrivé aussi de faire des ruptures tendineuses, mais je me suis dit de toute façon elle aurait fait la rupture tendineuse sans moi. C'était pas moi qui étais responsable de la rupture tendineuse chez des patients qui étaient, dont les tendons étaient très abîmés.
- Hum. J'ai une définition à vous proposer pour événement indésirable.
- Ouais.
- C'est une définition ministérielle, donc officielle.
- Ah ouais ça c'est bien.
- Donc pour eux un événement indésirable, c'est *tout effet fâcheux*,
- Ouais.
- *Immédiat ou différé, qui a une conséquence sur la santé du patient et qui est consécutif à un soin préventif ou curatif. Ca vous convient cette...?*
- Hum. Tout à fait.
- Ca reprend tous les aspects que vous mettriez derrière ça.
- Oui.
- J'ai une autre définition à vous proposer alors ça dit *tout événement survenu dans la pratique d'un médecin, qui ne devrait pas se produire, qui n'a pas été anticipé et qui fait dire au médecin : "Ca ne doit plus arriver, je ne veux pas que cela se produise à nouveau"*.
- Oui ça c'est de l'ordre de la prière.
- Ouais ?
- Je pense que malheureusement c'est, euh...beaucoup lié à ce qu'on fait. C'est, euh on peut prier à ce que ça n'arrive pas...mais, euh...
- Hum...
- C'est pas si simple. Enfin, c'est beaucoup lié à la pratique. C'est une pratique quand même, être médecin c'est quand même prendre des risques énormes avec la santé des autres et avec sa propre santé.
- Hum
- Avec la santé des autres parce que c'est vrai qu'une mauvaise interprétation, une mauvaise estimation de ce qui se passe peut...moi je, je me rappelle, de ce qui pourrait rentrer dans événement indésirable, d'avoir mis 48 h à faire le diagnostic d'un infarctus du myocarde...
- Hum
- Pour ce genre de tableau assez atypique, par ce que si ça avait été typique je crois que j'aurais fait le diagnostic...
- Hum
- Mais...vraiment, euh...bon par chance elle est pas morte, par chance elle a pas eu, euh enfin je pense...après elle était très fâchée avec moi, mais...Elle a eu, elle a pas, c'est d'ailleurs marrant été tellement été fâchée avec moi tout de suite. Elle a pas eu de conséquences apparemment néfastes, donc après elle a été prise en charge pour son infarctus...et puis un jour, elle a aurait décidé de ne plus...elle a continué à venir me voir et puis un jour elle a décidé de plus venir me voir en me disant pourquoi, c'était parce que j'avais mis du temps à faire le diagnostic ...
- Et, et c'était, c'était une femme qui était âgée, c'était...?
- C'était une femme qui avait 58, 59 ans, voilà...
- Hum.
- Qui avait des douleurs en fait, euh...dans les épaules, plutôt de types rhumatismales *rire* aux cervicales et aux épaules...
- Hum.
- Franchement j'ai pas compris, j'ai donc vu deux fois pour voir ce que c'était, je l'ai réexaminée et que ça collait pas et j'ai eu l'idée de faire un électro, c'est un truc merdique. Donc je veux dire, le problème c'est que des... voilà. C'est pour te dire que l'événement indésirable, c'est aussi des retards de diagnostic.
- Hum.
- Les mauvaises, euh...comment dire, appréciations de ce qui se passe. Je veux dire, j'ai des pendus ...des patients, j'ai une patiente elle est venue me voir, elle était pas bien loquace et tout, et elle était très déprimée...
- Ouais.
- Et je lui ai prescrit des médicaments et elle s'est pendue le lendemain.
- D'accord.
- Je peux dire que c'est un coup sur la tête assez dur pour le médecin. J'en ai une autre qui s'est pendue dont là, donc je veux dire que c'est un événement indésirable qui n'est peut-être pas directement lié..., enfin directement et indirectement à moi, c'est une femme que je traitais depuis un moment et elle

- allait très très mal, elle était vraiment dans un triste état, mais-elle était très attachée à moi, elle avait des...
- Huum.
- J'étais son ...et alors j'ai décidé de la monter à un psychiatre-à l'hôpital, et le psychiatre à l'hôpital m'a fait une lettre en disant mais ce qu'elle veut c'est vous, et occupez vous d'elle-et ça va aller ; et elle est rentrée chez elle et elle s'est pendue.
- Huum Y a eu de la, c'est ... c'est difficile comme question mais y a eu de la culpabilité dans certaines de ces situations ?
- Oui, toujours !
- Huum
- Quand, après j'avais dire le premier sentiment c'est la culpabilité, c'est-à-dire que « putain qu'est-ce que j'ai fait encore comme connerie, c'est ma faute, et tout ça ». Et puis,-euh...y a un temps de sédimentation aussi où la culpabilité, c'est quand même lourd. C'est très émotionnel la culpabilité donc après ce temps là, y a un temps de réflexion sur ce qui s'est passé, comment ça c'est passé. Voilà et puis bon... *réflexion 10 secondes*.Voilà, après quand on remet les choses en place, on peut comment dire, fixer les responsabilités de chacun, là dessus je suis pas, on est pas Dieu, on est pas capable de gérer les situations impossibles,-on est pas imparable.
- Bien sûr. Huum.
- Nécessairement on se retrouve confronté à des situations-parfois difficiles et parfois très dures, hein.
- Et, euh...par exemple cette patiente là vous dites, au début elle est revenue ?
- Oui. Enfin, je la voyais toujours.
- Vous lui avez dit, vous lui avez dit, « bah j'ai mis deux jour à faire le diagnostic » ? ...
- Ah mais je lui ai dit le jour où je m'en suis aperçu, je lui ai dit je suis vraiment désolé mais je me suis trompé, etc... Ben oui, la première qualité qu'un médecin c'est que, qui doit avoir, c'est l'honnêteté envers lui-même.
- Bien sûr.
- C'est d'abord envers lui-même, après c'est plus facile. Non, c'est envers soi, à partir du moment où on sait qu'on ne peut pas...comment dire, si on n'est pas honnête envers soi-même et si on n'est pas honnête envers le patient, on a plus le droit à la survie, quoi c'est fini.
- Huum. Du coup la relation vous avez senti qu'il y avait quelque-chose qui... ?
- Non, ça m'a surpris, c'était dans un deuxième temps, et elle aussi elle avait peut-être besoin que ça prenne forme, hein.
- Huum. Et du coup maintenant quand vous avez un tableau un-petit peu atypique, comme ça quelqu'un qui va...
- Ouais. .
- Vous y repensez, ou ?
- Oui. Ecoutez, y a...un premier stage d'externe que j'ai fait c'était le Pr. Debroug au Pavillon T.
- Huum
- Et j'étais l'externe qui collait les radios sur le négatoscope truc énorme et alors on sortait les radios et tout ça, pendant que les autres externes préparaient la consultation, et donc bon il arrive *rire* , il voit des radios que j'avais sorties des autres documents, il les enlève et il me dit vite mets moi ça là.
- Huum.
- Et puis à la fin de la consultation il est venu me voir et il me dit, tu vois c'est un truc que quand j'étais jeune, tu vois le trop long, il dépasse de l'autre côté * rires *
- Huum.
- C'était une erreur de jeunesse ; et il m'a dit tu sais nous avons tous dans notre mémoire des petits cimetières qu'il faut aller visiter souvent * rires *
- Huum. C'est ça.
- C'est joli, hein ?
- Ouais. D'accord.
- Ça ça m'avait beaucoup marqué, ce qui fait que je sais qu'on apprend énormément de ses erreurs.
- Ouais.
- Et que y a, j'ai lu y a pas très longtemps, qu'y a une société de-chirurgie dont le seul but est de travailler sur les erreurs.
- Huum
- Ils se réunissent que pour ça !
- Du coup l'erreur par rapport à événement indésirable, vous la positionnez comment ?
- C'est la même chose ! L'erreur...alors l'événement indésirable,-c'est plus aléatoire, y a euh, comment dire des choses-inconnues chez le patient ou inconnues à ce moment là.
- Huum
- Présumées inconnues, peut-être qu'on aurait pu les connaître, on sait pas. Moi, j'ai eu un patient qui a fait une épidermolyse des deux mains !
- Huum
- Après avoir pris deux gélules de Clamoxyl *ton étonné*
- Huum
- Euh, franchement, c'était stu...c'était énorme, mais bon. A posteriori, après, j'ai appris quand même qu'il avait fait auparavant, mais il ne le l'avait pas dit.
- Huum
- Des ptites lésions sur les doigts alors qu'il prenait des antibiotiques. Mais il me l'a dit après, parce que c'est l'épidermolyse qui lui a rappelé ça.
- Ouais c'est ça !
- Mais personne avait noté ça, donc c'était inconnu, inconnu oui...peut-être que je l'ai pas bien interrogé, pas assez, alors je lui ai prescrit du Clamoxyl...
- Du coup, vous faites plus gaffe, du coup par exemple sur les antibio, euh... ?
- Ouais...*réflexion 10 secondes *Alors, plus on vieillit, plus on est prudent !
- Huum.
- C'est sûr. Plus on va s'entourer de précautions et en faire de plus en plus.
- Huum.
- Parce que, euh...bah oui, tous ces trucs qu'on a vécus, tous ces machins toutes ces conneries qu'on a fait, plus ou moins graves, plus ou moins conséquents, nous ont appris, ce qu'on veut !
- Huum.
- On apprend au moins autant des erreurs qu'on fait ou des mauvaises appréciations, mauvaises réflexions qu'on a, que des bonnes, hein ! En général quand toute bonne machine marche bien, c'est qu'on n'a pas fait grand chose.
- Ouais.
- L'autre jour, j'ai eu de mes patientes qui me félicitait pour j'sais pas quoi ! Bah, c'est vrai qu'on apprend rien, on a fait un truc qui nous apparaissait juste, on est content d'être félicité, mais bon... ?
- Huum.
- On savait s c'était ça qu'il fallait faire, c'est tout.
- D'accord. Ouais.
- Donc du coup, l'événement indésirable on sait pas, ça veut dire, donc ça implique que derrière qu'on se reforme, qu'on aille voir, qu'on se...
- Huum
- Mais enfin, un médecin qui ne s'occupe pas de sa post-formation, il est limite très mal, il peut avoir des problèmes.
- Vous avez dit un truc intéressant, vous avez dit « j'ai lu l'article là, ce que vous disiez sur cette société de chirurgie... »
- Ouais ?
- Son but c'est d'uniquement d'exploiter les erreurs. Vous pensez que c'est transposable ça, à une activité de médecine générale, ou... ?
- Alors les systèmes de pairs, les groupes de pairs, un peu, pourraient un peu travailler là-dessus si on respecte le jeu, c'est-à-dire de la décision aléatoire de, ça comprend le troisième patient du Mardi, du quatrième Mardi, parce que là on va tomber justement dans, au hasard dans des trucs, euh...alors c'est vrai que, moi je suis allé à des groupes de pairs, pfff !...C'est limite emmerdant parce que bon...je sais pas, on tourne...enfin bon, c'est bien, on parle des cas, de tout ce qu'on aurait pu imaginer et faire, mais c'est vrai que c'est limité quand même comme, euh...pour des médecins déjà installés, pour des jeunes médecins...enfin pour des médecins qui ont déjà de la bouteille comme moi, on s'embête dans des trucs comme ça.
- Huum
- C'est vrai que le...*réflexion* d'apprendre des erreurs, c'est...collecter des erreurs pour s'en servir, ça c'est bien, et ça je pense que c'est transposable.
- Huum
- Bon mais faut un peu que le médecin sorte de sa toute puissance !
- Ouais, vous avez dit, enfin vous n'avez pas employé le mot mais ça voulait dire ça, prendre compte d'une faiblesse, c'est ça ?
- Voilà. De sa faillibilité !
- Et le médical ?
- Le médical...*pause téléphone 2 minutes*
- On parlait de la place du médical.

- Alors le médicalégal ! Moi j'ai eu, enfin je suis déjà allé au tribunal et donc euh...pour une histoire...pour un patient que j'ai fait interner..... donc j'ai été interrogé par le Juge d'instruction.
- Huum
- Voilà...et...donc c'est très désagréable ! *rire*
- Ouais j'imagine.
- En plus que les juges d'instruction ne sont pas des gens très sympathiques, mais bon ! Donc du coup, ça c'est terminé par un non-lieu, parce qu'il a refusé l'expertise psychiatrique, enfin, mais c'est une, ma seule expérience du médicalégal !
- Huum.
- Là dessus, moi je suis un homme de parole, de dialogue et de contact et franchement quand y a des problèmes, j'en parle. Je me rappelle d'une histoire qui aurait pu, je n'sais pas ce qu'on fait les gens, mais...J'ai eu une histoire y a longtemps avec un patient qui était portugais, qui parlait très mal le français, et qui avait des problèmes digestifs, abdominaux à qui j'ai fait des examens, des examens et des examens, puis ne trouvant rien je l'ai mis aux anti-dépresseurs et deux mois après on lui a trouvé un cancer du pros... du pancréas !
- Huum
- Donc il est mort...Donc les parents étaient très agressifs avec moi, ont dit que de toute façon, ils allaient me traîner au tribunal, qu'ils allaient aller le conseil de l'ordre. Alors que c'est moi qui leur est dit d'abord avant d'aller au tribunal, allez voir le conseil de l'Ordre avant, avant d'aller voir un avocat.
- Huum
- Et puis je n'en ai jamais entendu après. Le cancer du pancréas c'est une mauvaise maladie pour le diagnostic !
- Oui, c'est ça.
- J'avais dire d'expérience, j'ai eu souvent des menaces, dans des trucs, euh...Mais beaucoup n'ont pas résisté, à part...moi-j'ai pas peur de ni ce que j'ai fait, ni de ce que j'ai dit et tout ça.
- Huum
- Donc de s'expliquer, on nous fait des reproches, on nous fait des reproches, bah oui...On s'explique, hein !
- Huum
- Là j'ai une patiente qui est morte y a pas longtemps d'un accident iatrogène, d'un surdosage en AVK, quoi !
- Huum. Ouais, d'accord.
- Bon bah ça c'est la merde, une patiente qui avait probablement mal compris qui a pris trois fois la dose.
- Huum
- Mais après il faut parler aux enfants...plusieurs trucs, dans des trucs et même parfois, j'ai même fait des boulots pour un chirurgien. Désunions coliques après une colectomie, euh...le patient qui était rentré sur ses deux jambes, il ressort les pieds devant ! Il refusait de recevoir les malades ou la famille ! *rire* alors je lui ai téléphoné et je lui ai dit que si il recevait pas la famille, moi je lui enverrai plus jamais aucun patient ! *rire*
- Ouais. Et même après, il a reçu la famille ?
- Il a reçu la famille. Finalement ça c'est bon ...
- Vous lui envoyé toujours des patients ?
- Bah oui, c'est une connerie de sa part. Parce que c'était pas de sa faute d'après lui, c'était de la faute de la pince à faire les sutures qui avait eu un dysfonctionnement. Enfin bon, c'est de sa faute, pas de sa faute, ça n'a rien à voir, fallait qu'il...c'est le tribunal qui aurait jugé la faute ! Mais il fallait surtout qu'il parle au patient !
- Disons...que la notion de faute peut être rattachée à une notion d'erreur...
- Voilà...
- Et la parole a cette vertu de... ?
- Alors la parole ça dépend de beaucoup de choses !
- Oui...
- Bon, euh...d'expliquer, s'expliquer, dire pourquoi on a fait ça...qu'il faut replacer les choses dans leur contexte. Ce que les gens ne comprennent pas, ils ne le voient pas ! Il faut savoir que la plupart du temps, 80 % des patients qui ressortent d'un cabinet, ils n'ont rien compris à ce que vous leur avez dit...
- Huum.
- Ils ont retenu que ce qu'ils voulaient entendre ! Donc ils sont partis avec un truc qu'on ne leur a pas donné !
- Huum.
- Donc, ils ont un truc avec eux alors quand il se passe quelque chose, leur référence, c'est le truc qu'ils ont emmené, que nous on ne connaît pas. Parce que nous on pense qu'ils sont partis avec autre chose, tout ce qu'on a, les belles paroles...
- Huum. Je comprends.

Alors tout le problème c'est ça, et après c'est de faire, c'est de redéballer le paquet pour bien savoir ce qu'on a dit, ce qui a été compris, pourquoi. Et que toutes les consultations ne peuvent pas faire l'expertise de ce qui a été compris, hein ?

Huum.

J'avais à faire un truc, une étude justement sur les accidents iatrogènes sur les personnes âgées.

Ouais.

Dont les questions y avait à la fin du questionnaire, « est-ce que vous avez bien revu toute la consultation pour voir si tous les éléments ont bien été compris »...c'est vrai qu'à chaque fois, je vais pas...j'ai parfois des gens qui prennent 10 médicaments, on va pas faire l'expertise de « est-ce que vous avez bien compris à quoi ça sert, pourquoi on le prend, à quoi ça vous expose et ainsi de suite ! » Là c'est plus de la consultation à 100 euros !

Et du coup c'est un truc iatrogène sur les accidents médicamenteux ?

Oui. C'était centré sur la iatrogénicité des thérapeutiques que j'ai prescrit.

Ca a modifié un petit peu votre comportement, le fait de participer à l'étude ?

En plus que c'était un truc à deux, à double détente. C'est-à-dire qu'on se faisait un coup et après on faisait la même étude 2 ou 3 mois après, et que ça permettait d'étudier justement les variations, les changements de comportement. Alors, pfff...Ca les a pas beaucoup changés parce que déjà, quand moi je l'ai faite j'étais déjà, euh...très prudent ! Je pense que ça m'a éclairé sur deux trois trucs, euh...que j'ai plus fais, alors je suis rentré dans le systématique, alors que c'était un peu comme ça au feeling.

Ouais.

Et en fait je pense qu'après cette étude...j'ai eu quand même par exemple je savais être systématique sur la clairance, la créatinine par exemple ...euh, avant c'était un peu au pif...

Ouais...

Selon les patients comme je les présentais, maintenant c'est devenu...

Style les AINS, maintenant ?

Alors, je fais des créats pratiquement à tous, pas à tous, mais dès qu'ils ont plus de 50 ans, des problèmes cardiovasculaires, on fait des créats, entre autres, tout ça ! Mais même, on devient plus prudent, enfin la prudence ça vient avec l'âge aussi et quand on a vécu avec l'anxiété pendant longtemps, plus on se rapproche du terme, plus, moins on a envie qu'il y arrive quelque chose !

Huum

Hein ? C'est la même chose, c'est quand on s'installe, on n'imagine pas que les patients qu'on a ce jour là, ils ont 60 ans, que si on les aura ils auront 85 ans et qui va falloir gérer ce qui se passe à 85 et que l'investissement, comment dire affectif, il a suivi aussi le courant de ces 25 années, ce qui fait qu'on est très attaché aux patients et que...alors vraiment ça serait une catastrophe si on se mettait à leur nuire. Déjà y a tant de choses qui leur nuisent alors ce serait...qu'on devient, qu'on a des attitudes qui sont beaucoup liées, plus à l'affect, que...et après on épluche le travail, plus on connaît le patient depuis longtemps, plus on craint qu'il lui arrive quelque chose et plus on est aveugle...puisqu'on veut pas voir, on fait comme la famille, hein ? *rire* Ils ont pas vu que, qu'il avait perdu 12 kg en 3 mois...et bon, on fait un peu pareil, on a tendance à perdre de l'objectivité.

Ouais.

Donc on a des grands trucs, c'est de garder cette objectivité tout en étant dans cette tendance.

Donc a force de les voir, on écoute moins les problèmes, les symptômes, voilà. Bien sûr ! Et puis on a pas envie, inconsciemment de, on a pas envie d'entendre le symptôme qui va annoncer la fin prochaine. Là le symptôme...Donc le risque c'est ça, qu'on soit sourd, aveugle, et alors ça demande ce travail, et alors moi depuis que, par exemple, depuis que j'ai des stagiaires, c'est vraiment extraordinaire d'avoir des stagiaires en médecine ! Hein parce que, on est...le regard neuf que pose le stagiaire sur le patient, ça ouvre ses propres yeux ! C'est incroyable comme j'ai revu des patients que je ne voyais plus !

Huum

Parce qu'un autre les regardait ! Ca c'est vraiment...

On étiquette ?

Oui voilà. On est trop collé, on est collé dessus et on a plus cette distance qui permet de voir. Et ça c'est, c'est bien.

- Vous avez parlé d'angoisse, et dit y a le mot culpabilité etc...c'est des sentiments que vous avez déjà éprouvés par rapport à des situations? Ca c'est géré comment? Vous en avez...Ca a débordé sur votre vie?
- Alors vie de famille, moi je raconte pas. Ma vie de famille c'est pas...Moi j'ai, mon caractère est que quand je ferme une porte, je pense pas trop à ce qu'il y a derrière la porte, quoi quand je l'ai fermée. En gros, je suis plutôt comme ça! Donc quand je finis ici, j'oublie ce qui s'est passé.
- Huum
- Par contre, il m'est arrivé, euh...bah d'avoir des angoisse nocturnes, des réveils en sursaut, en me disant putain t'es con...
- Ah ouais?
- T'es complètement passé à côté! C'est ça qui est horrible, c'est ça qui est horrible! J'ai vécu ça avec un patient, un patient qui est...un patient tout simple, hein! Il est diabétique, artéritique, il avait déjà fait deux infarctus, il a, il n'est pas si vieux que ça, il a 68 ans, il est artéritique par ce qu'il a une aorte trop grande et donc il venait pour des malaises et je lui trouvais rien. Et une nuit je me suis réveillé, c'était une nuit de Samedi à Dimanche, j'étais persuadé, je me rappelle plus ce que c'était, que bah que c'était cardiaque!
- Huum
- Je lui ai téléphoné le Dimanche matin, je l'ai venir ici pour lui faire un électro! *rire*
- Et il était normal?
- Oui. C'était pas ça, c'était pas ça! Mais c'était vraiment quelque chose d'irrépressible! Mais j'ai déjà eu ça, aller, en 25 ans, 10 fois! Parfois avec une patiente, je me rappelle, c'est une des premières fois où je me suis réveillée la nuit, je me suis dit mais t'es con, c'est une insuffisance thyroïdienne! Et le lendemain, je lui envoyé une ordonnance, c'était une insuffisance thyroïdienne et ça faisait des semaines que je savais pas ce qu'elle avait et que je tournais autour du pot et qu'elle me disait des trucs et que je comprenais pas!
- Huum.
- Bon alors ça, ça m'est arrivé quelque fois d'avoir des réveils avec un truc lumineux.
- Huum.
- Malheureusement positif, que une fois sur deux la raison c'était une angoisse, la peur de passer à côté de quelque chose.
- Huum.
- Bah, l'angoisse on ne dort pas, on peut pas dormir! Prendre un médecin, bah par exemple maintenant, je fais plus de garde, mais quand je faisais des gardes, il m'arrivait, je rentrais, euh...par un truc un peu juste, impossible de s'endormir, c'était 1h du matin...un faux sommeil agité... Des pensées qui... la peur...une évolution cinématographique grave de ce qui c'était passé, enfin avec des réveils multiples, etc! Autrement, depuis que je...alors les gardes ça fait beaucoup, les gardes beaucoup trop de sommeil, mais autrement si, les patients...Plus on vieillit, plus on a des patients lourds, plus on a des patients compliqués, où c'est difficile de tout gérer quand il y a des choses, hein...dans les trucs aigus neufs, nouveaux...y a des conneries, y a des trucs encore difficiles à comprendre.
- Huum
- Mais autrement, euh...moi je suis, j'ai jamais été...bah ça fait depuis 10 ans, je suis serein. Franchement je...je commence à avoir de l'expérience, j'ai fait beaucoup de choses, donc euh...je suis plus prudent, je suis...mais euh, ma pratique est plus...mais s'est améliorée, j'ai encore de défauts, je sais, mais euh...j'ai moins souvent une angoisse qui m'empêche de dormir mais d'être anxieux, euh...si. Donc euh...prendre des décisions pour quelqu'un...
- Huum
- Euh... l'autre jour y est arrivé à cette patiente, qui est venue, elle est venue me voir...c'est une femme, on lui a découvert une coronarite.
- Huum
- Donc il soigne la coronarite...on lui met des stents...enfin bon, puis après la pose des stents, elle fait un petit, euh...un épisode d'insuffisance cardiaque, donc le médecin il l'a revoit, en fait il y a eu un problème de stents, il lui en remet deux autres et puis ça va bien et puis on attend 6 mois, au bout de 6 mois, les mêmes symptômes d'insuffisance cardiaque, à minima quand elle nage, quand elle fait des...et là-dessus, elle me dit j'aimerais bien voir un autre cardiologue. Donc je lui ai dit, on va voir un autre cardiologue, et l'autre cardiologue il

dit « Ah, non, non. Moi je suis sûr que son problème c'est le RA », qui avait été étiqueté par l'autre cardiologue comme tolérable, qui n'était lui pas responsable de ses ennuis, lui il dit, c'est ça!

Huum

Bilan, re bilan. Il va dans l'autre cathédrale, donc l'autre cathédrale...pfff! *rire* Faut l'opérer! Donc il lui ont fait opérer, ils ont opéré. Et elle a, très très mal vécu ça, euh...Et elle a eu beaucoup de mal à s'en remettre Et je sentais dans sa voix un ton! Elle me l'a pas dit franchement, mais c'était vraiment très dur pour elle tout ce qui c'était passé. Et j'avais dire quand on sait dit, parce qu'après elle est revenue me voir pour me dire « alors est-ce que je vais me faire ré-opérer ou pas? »

Huum

Alors moi, je lui ai dit oui, bah ouais finalement j'ai cru qu'il a raison, c'est vraiment..., c'est ça, c'est ... qui vous donne ça! Faut vous faire opérer!

Et l'événement indésirable c'était, euh...peut-être de ne l'avoir pas adressée au bon interlocuteur?

Voilà. L'événement, elle a fait une anémie aigue postopératoire, pfff! Elle a eu alors un trou très difficile. Et c'est toujours la même chose, c'est quand on conseille quelque chose à quelqu'un et puis qui..., qu'on conseille à quelqu'un de se faire mettre une prothèse totale de la hanche et qu'on dit bah vous avez assez souffert...

Huum

Vous avez peur de l'opération, mais vous verrez vous serez beaucoup mieux. Et puis ça se passe mal! Ca se passe mal. Après il vient vous le dire « c'est vous qui m'avez dit de me faire opérer! » *rire*

Huum

Donc euh, même si c'est pas de ma faute si ça c'est mal passé...

Bien sûr.

Mais on en porte une petite partie, hein? Dès qu'on conseille quelqu'un, le métier c'est ça, le métier c'est dire aux gens, c'est donner des conseils, moi je ferais ça, ça m'a l'air, euh...

Huum

L'événement indésirable, bah c'est ça, c'est l'écart qu'il y a entre l'idéal et la réalité.

L'idéal et la réalité, ouais.

Qui nous revient toujours avec plus ou moins d'élan.

Qui gêne un peu, qui parasite la relation après?

Qui peut la parasiter! Là aussi, les vertus de la parole, c'est quand même, faut parler, faut en parler, c'est vrai qu'il faut ramener les choses où elles sont et puis, hein? parfois c'est marrant, parce que là j'ai un patient depuis au moins 10 ans ou plus, qui a 89 ans...depuis au moins 16 ans... qui a eu une fibrose gênante après une chirurgie discale.

Huum.

Ca m'énerve. Alors oui, il m'a engueulé! alors de toute façon il avait une hernie exclue, donc il n'aurait pas pu aller bien loin!

Huum

De toute façon, c'était...mais, pfff! Il me l'a resservi pendant...ça fait 16 ans, il me le dit plus maintenant, mais pendant longtemps il m'a dit que c'était de ma faute si...

Pourtant il a..., pourtant il continuait à venir?

Oui, il continuait à venir. Bon c'était, il a besoin aussi, peut être de le dire, d'avoir quelqu'un à qui le dire, il avait besoin de quelqu'un pour vider son fiel. Y a des gens qui ont besoin de nous pour euh...pour se lâcher, lâcher leur agressivité... Faut savoir que si on les rejette, bah leur agressivité il reparte avec, pour faire autre chose. Casser la gueule de leur chef, ou de leur patron, ou du premier gendarme venu, hein! *rises*

Huum

Donc faut aussi...c'est pour ça l'indésirable, l'événement indésirable, il est pour le patient mais aussi pour le médecin! Qu'est-ce qui... événement et pour qui, c'est ça?

D'accord. Ok!

Ca marche un peu dans les deux sens aussi. Et voilà ce j'avais te dire!

Bon écoutez, je vous remercie.

Entretien K.

- Bonjour,
- Bonjour
- Je m'appelle donc Marc Chanelière et je suis résident en sixième semestre, actuellement en SASPAS.
- Oui.
- Je réalise un travail sur les événements indésirables et les médecins généralistes, dans le cadre de ma thèse. L'idée, c'est que lors de la prise en charge d'un patient, le médecin peut être confronté à la survenue d'un événement inattendu, qui peut parfois avoir des conséquences importantes sur le patient...
- Hum.
- Mais aussi sur le médecin, notamment sur sa pratique.
- D'accord.
- Je réalise donc des entretiens, enregistrés, anonymes, transcrits secondairement, afin d'essayer d'explorer cette piste... cette hypothèse.
- Hum...
- Le but n'est absolument pas de juger de la pratique bonne ou mauvaise d'un médecin.
- D'accord.
- Avant de commencer, j'ai besoin d'éléments généraux. Vous exercez la médecine depuis combien de temps ?
- 1980 *rires*
- D'accord, vous êtes installée dans ce cabinet depuis combien de temps ?
- Eh bien ...pareil !
- La même année ?
- En fait ... on est sur [REDACTED], le quartier s'appelle [REDACTED]... alors on était 3 médecins à l'origine, en association donc... avec 2 hommes... en 86 on a déménagé... mais simplement on... de location on est passé à un achat...propriétaires ... mais c'était tout près on était à la tour 9 maintenant, on est ici.....En 97 [REDACTED]
- Mm mm !
- Et donc le successeur est là depuis 97.
- D'accord !
- Donc, il y a eu des changements.... Mais en gros depuis 1980 je travaille en association avec deux autres généralistes,.... Deux hommes...
- Dans le quartier ?
- Dans le quartier de [REDACTED].
- Votre patientèle, elle est... constituée comment ?
- A quel point de vue ?
- Ages, milieux sociaux... un petit peu ?
- Alors ça ... il doit y avoir des ...
- Globalement... !
- En gros, on vieillit avec la clientèle.... Mais c'est un peu quand même...un gros quart de pédiatrie je pense ... je dois avoir un gros quart de personnes de plus de 60 ans..... un gros peu de chroniques parce que j'aime bien ça ... enfin j'aime bien traiter les patients chroniques, les personnes âgées et puis ... bon je fais pas mal de gynécologie parce que j'aime bien la gynécologie...
- Mmmm, oui,
- Je fais pas mal de psycho..... euh de psychothérapie de soutien et j'ai pas mal de déprimés
- Mmm, mmm !
- Milieu social, et ben ... ici c'est petit employé, ouvrier, hein c'est modeste !.... des gens même très modestes, mais on a aussi quelques patients aisés, c'est assez varié en fait. Moi j'ai de tout des hommes, des femmes, j'aime bien soigner tout le monde.
- Oui,
- En fait c'est ce qui me plaît dans la médecine générale, hein on passe du coq à l'âne on voit le petit nourrisson... et puis après on passe au vieillard grabataire...voilà !
- Et puis ...
- C'est varié quoi !
- Et puis en m'excusant par avance, est-ce que vous pourriez me donner votre âge s'il vous plaît ?
- J'ai 55 ans.
- D'accord... *rires*.... C'est moins facile de vous demander ça....
- Non.... C'est pas.... Je ne fais pas partie des gens qui cachent leur âge.... Voilà on a un âge et puis...
- Et puis ça change tout le temps... *rire* ... en plus !
- Voilà ça change tout le temps et... c'est le lot de tout le monde... hein oui,
- Vous avez dit... en répondant par mail, c'est un sujet intéressant, c'est un sujet marrant, je ne me souviens plus quelle expression..... j'ai employé le terme d'événement indésirable, c'est quelque chose ... c'est une notion qui vous est familière ?
- Ben c'est...ça n'est peut-être pas formulé comme ça.... Mais c'est vrai qu'il y a des événements indésirables qui font qu'ils vont perturber complètement la consultation. Moi, j'aime travailler dans le calme, la sérénité et puis je suis extrêmement concentrée sur mon patient. Généralement quand je travaille avec quelqu'un j'oublie complètement tout ce qui est à côté. Et c'est vrai que, par exemple, je me souviens avec mes collègues ils me disaient « Mais tu n'entends pas, t'es pas gêné par la sonnette ? »
- Mmm, mmm !
- Moi effectivement la sonnette ne me gêne, par ce que je ne l'entends pas, je suis hyper concentrée, alors... c'est à la fois peut-être un avantage ou un inconvénient, je n'en sais rien... mais eux ils étaient extrêmement gênés par la sonnette. moi pas du tout, je n'y fais pas attention quand je travaille
- Oui...
- Faut dire qu'on a une secrétaire !
- Hum !
- Donc qui gère.... alors effectivement quand elle n'est pas là....je Mon attention.... Je remarque la sonnette.
- Oui et ... il y a ...
- De la porte d'entrée.... Je sais qu'il y a quelqu'un qui rentre, par exemple si je suis seule à travailler que les autres sont partis.... mon attention va être à ce moment-là... un peu différente..... Mais voilà il y a des choses qui dérangent les uns et qui ne dérangent pas les autres.
- Et qu'est-ce que vous mettriez derrière cette notion... finalement ce qui perturbe le déroulement d'une consultation c'est ça... ?
- Et bien effectivement ça m'oblige à sortir du sujet sur lequel je suis concentrée... je ne sais pas comment travaillent les autres ... j'imagine que c'est un peu pareil, moi j'ai besoin.... je consacre toute mon attention sur ce que dit le patient, sur.... J'ai ma tête qui se met à travailler beaucoup, comment je vais l'examiner?... qu'est-ce qui faut chercher...ci?...ça ? C'est un exercice intellectuel que je trouve très passionnant... c'est ça qui me plaît aussi.... hein le côté qu'est-ce qu'il a.... qu'est-ce que ça pourrait être... tout se déroule et si je suis déviée de ça, ça me perturbe. Par exemple tout à l'heure j'ai eu un patient... on parlait d'un problème psychiatrique le concernant.....enfin... ne plus s'en passer et à un moment j'ai eu un appel auquel j'ai été obligée de répondre ... oui c'était...c'est ça c'était une externe de l'hôpital où j'avais envoyé en urgence un patient grabataire, elle voulait des renseignements, donc j'étais obligée de répondre ... ça m'a pris un certain temps, donc j'ai perdu complètement le fil de ce ...voilà...en plus d'habitude je fais sortir le patient mais je pensais que ce serait très bref , là j'avais pas fait sortir le patient et après et là c'est amusant parce que lui m'en a parlé, oui lui « c'est un pauvre vieux qui est train de finir sa vie... » bon il a embrayé là-dessus et ça m'a fait complètement perdre le fil de ce que je discutais avec lui et après il a fallu que je revienne.
- Oui,
- Bon je suis revenue dessus, mais c'est vrai que c'est perturbateur.
- La relation a-t-elle été altérée par ce coup de fil ?
- Non !
- Non ?

- Non parce que j'ai un savoir faire donc... ça non j'arrive à me rattraper et après on a réussi à se récupérer, j'ai réussi à me souvenir mais...ça fait une interruption mais c'est quelqu'un qui est agressif et qui s'énervé ...ça tombait mal quoi. *rires*...bon mais il ne l'a pas mal pris parce qu'il y a une relation de confiance qui est établie entre nous donc on a bien pu travailler
- D'accord
- Donc, c'est vrai qu'habituellement quand je dois parler de quelqu'un au téléphone je fais sortir le patient et je le fais revenir après ...mais là je ne l'ai pas fait donc je me suis trouvé doublement... embêtée. Vous voyez c'est un exemple il est d'aujourd'hui... doublement en défaut d'une part par rapport au patient dont on a parlé finalement sans le nommer.... J'ai fourni des renseignements devant quelqu'un ce que je n'aurais pas du faire ... et puis d'autre part vis-à-vis du patient lui-même Euh ben ça a perturbé la consultation qui devait lui être consacrée.
- Et le fait de faire sortir les patients quand vous êtes au téléphone avec un tiers c'est quelque chose que vous pratiquez depuis longtemps ? Oui ?
- Oui !
- Et il y a un événement qui a fait que vous ... ?
- Non ! toujours !
- Toujours oui ?
- Toujours, je pense que c'est une question de respect et d'ailleurs c'est arrivé à l'inverse que des gens me le rapportent ...en disant « je ne veux plus aller chez tel médecin parce que la dernière fois il a parlé pendant presque un quart d'heure de quelqu'un d'autre et ma foi j'étais très gêné » , « la personne a été nommée, ils disaient des choses très intimes » et effectivement je me suis dit en moi-même et ben effectivement moi je ne fais pas ça.
- D'accord et ça vous a confortée dans ce que vous pensiez ?
- Voilà ... bon ben c'est vrai que pour le patient de tout à l'heure si ça avait dû aller plus loin j'aurais interrompu mais l'externe avait besoin de savoir ... si le patient se levait chez lui pour savoir ...si il pouvait être levé à l'hôpital ...bon j'ai répondu....hein ! il ne me semblait pas que cela touchait à des choses...
- Mmmm !
- Voilà hein mais si ça doit être dans l'intimité et la confidentialité il faut être très attentif...il y a des gens qui se connaissent.... Nous il faut savoir que les gens nous envoient leur famille hein.... c'est le bouche à oreille qui fait fonctionner le généraliste. Quand quelqu'un est content, il vous envoie toute sa famille ses amis ses voisins...tout donc quelquefois on ne sait pas ce qu'on ignore c'est qu'ils ont des relations entre eux nos patients donc il est très délicat de parler d'une autre personne en présence de quelqu'un qui peut très bien la connaître.
- Donc je vais vous donner maintenant une définition d'événement indésirable qui est officielle....
- Oui... ?
- Oui et là vous devrez me dire ce que vous en pensez
- ..et là vous allez....
- *Par événement indésirable, il convient d'entendre tout effet fâcheux, immédiat ou différé, sur la santé des individus ou des populations, survenu à la suite de soins préventifs ou curatifs.* » Qu'est-ce que vous pensez de cette définition ?
- Alors donc si c'est une conséquence néfaste ...c'est quand même....euh....c'est euh....c'est des événements fâcheux pour la santé donc il y a une conséquence hein....il y a des événements sans conséquences et des événements avec conséquences donc vous vous intéressez aux deuxièmes.
- Humm ! parce que vous faites le distinguo entre ce qui se passe mais qui n'a pas de répercussions ?
- Tout à fait ! Parce qu'au début vous m'avez dit événements indésirables...
- Oui.
- Il y en a tout le temps des événements indésirables la personne qui laisse son portable ...la sonnerie.
- Oui....
- Quelqu'un qui rentre dans la pièce ça m'est arrivé !
- Ah ! ça vous est arrivé quelqu'un qui rentre dans la pièce... ?
- Absolument ! les gens y se trompent, moi je suis à côté de la salle d'attente... « oh pardon » ! je fais attention....et quand je fais un examen gynécologique Ou un toucher rectal. que la personne est dénudée je ferme mon truc parce que c'est arrivé plusieurs fois que des gens rentrent...voilà donc.... hein c'est vrai que c'est un événement indésirable parce que la personne qui est en examen gynécologiquesi quelqu'un rentre...maintenant j'y fais très attention ... ça se fait automatiquement, dès que je fait un examen gynéco...paf je ferme mon truc aussitôt pendant que j'y pense ...parce que c'est un événement indésirable mais il n'y pas de conséquences sur la santé...
- Oui.... ?
- Hein. Mais par contre la personne peut se sentir atteinte dans sa pudeur et moi je me sens gênée de me faire surprendre comme ça ...dans ma pratique...
- Vous êtes gênée peut-être après comme ça pour ...
- Non ça n'a pas été jusque là.
- Non ? ... pas à ce point-là d'accord ...
- Non, non !
- En fait il y aurait le distinguo entre ceenfinentre ce qui n'a pas de répercussion sur la santé.....
- Ben en fait c'est vous qui me le dites ! Voilà ...c'est dans votre ...
- Oui, oui moi je vous propose cette définition et vous soulignez le fait qu'elle n'englobe pas les événements qui n'ont pas de répercussion ... c'est un petit peu ça ?
- Ben oui, parce que les événements indésirables dans une consultation, c'est pratiquement permanent.
- Mmm !
- Y a le gamin qui explose son biberon, moi ça m'est arrivé une fois, le gamin qui explose son biberon de chocolat.... Alors au lieu de commencer à examiner le bébé, à parler... etc..... vous allez passer un petit quart d'heure à aller chercher la serpillière, à tout nettoyer, à tout ranger et puis du coup vous avez perdu un quart d'heure que vous auriez dû consacrer à examiner le patient....
- Et là ... ?
- Et là ben il faut s'organiser pour faire le même travail dans un temps plus réduit.
- Oui,
- Ou c'est pareil le bébé qui a une couche pleine de...pleine de caca, ben il faut d'abord nettoyer et puis ensuite vous pouvez le peser....etc. Voilà ! c'est des événements indésirables pour moi, mais qui n'ont pas de conséquence hein !
- La définition elle, insiste, en fait, sur les côtés liés au soinet ces événements-là sont indépendants du soin finalement ?
- Alors, oui et non parce c'est vrai que si je vais plus vite pour examiner ce bébé est-ce que je vais faire aussi bien que quand je n'ai pas le biberon qui explose, voilà la question ? Peut-être que moi je ne suis pas aussi bonne et que s'en m'en rendre compte.... voilà...hein il y a des choses
- Oui
- Voilà, si on sait qu'on doit partir pour une urgence parce qu'on nous vient de nous demander et qu'on a quelqu'un, ...je ne ...non, on sait qu'on va être obligé d'écourter et ...est-ce que ça peut avoir une conséquence, pourquoi paset peut-être ignorée voilà... donc dans les conséquences il y a celles que je connais et puis il y a celles que je ne connais, non ?
- Mmm ! Bien sûr ; je vais vous en proposer une autre.....

- Il y a les gens aussi ... qui vont aller chez un autre médecin ... ce qui peut être une conséquence !
- C'est-à-dire des patients qui vous quittent...pour aller chez un autre médecin...c'est ça ?
- Oui !
- Oui, et ...
- Tout à fait, oui ... c'est arrivé..... j'ai eu une patiente ... une fois qui est venue frapper à ma porte...alors que j'étais avec quelqu'un pour une histoire assez compliquée...j'ai dit « écoutez je ne suis pas disponible, je suis avec une personne »... eh bien elle est jamais revenue!
- Huum !
- Elle venait juste pour demander un renseignement...elle m'importunait.....elle, elle a estimé...alors peut-être que ce jour-là j'ai répondu un peu vivement parce qu'elle me dérangeait....j'ai exprimé, j'ai manifesté mon désagrément j'aurai pas dû le faire, mais enfin bon on n'est pas des saints...
- Oui...
- Elle a changé de médecin uniquement pour ça alors que c'était une personne pour qui je m'étais bien décarcassée...
- C'était quelqu'un que vous suiviez...auparavant ?
- Oui, tout à fait !...mais bon, il faut accepter... il faut vivre avec ça.
- Et elle vous a dit...elle est partie à la suite de ça et ...elle vous a...
- Et bien, je ne l'ai jamais revue donc... il faut supposer qu'il y a une relation de cause à effet.
- J'ai une seconde définition à vous proposer pour qualifier un événement indésirable : *« tout événement survenu dans la pratique d'un médecin, qui ne devrait pas se produire, qui n'a pas été anticipé et qui fait dire au médecin : "Ca ne doit pas arriver, je ne veux pas que cela se produise à nouveau »*. Que pensez-vous de cette définition ?
- *Silence prolongé*
- Je peux vous la répéter si vous voulez...
- Ben, oui !
- *« tout événement survenu dans la pratique d'un médecin, qui ne devrait pas se produire, qui n'a pas été anticipé et qui fait dire au médecin : "Ca ne doit pas arriver, je ne veux pas que cela se produise à nouveau »*. Que pensez-vous de cette définition ?
- On se le dit ou on le dit au patient ?
- Le médecin se le dit.
- Oui ben par exemple.....oui, oui effectivement il y a des on n'est pas parfait, on n'est pas parfait, c'est impossible et pourtant ... on a des exigences d'une part de la part de nos patients extraordinaire...les gens exigent de nous des choses qu'ils ne seraient jamais capables eux-mêmes de faire, mais voilà c'est comme ça... et puis nous avons-nous aussi des exigences...c'est vrai que moi j'ai une très haute ... je place le seuil très haut...mais parfois je suis en défaut...je suis en défaut.....je me souviens d'une fois ...d'avoir...de m'être rendue compte que j'avais fait un vaccin...en fait c'est vaccin qui se mélange...j'ai fait le mélange, j'ai voulu faire le mélange...en fait il n'y avait que le..
- Que le soluté ?
- Que le soluté ! Ca ne m'est pas arrivé souvent mais enfin bon...ça ne doit pas se reproduire.
- En fait maintenant quand vous faites un vaccin vous faites plus attention ?
- Ouipar ça on apprend.....on apprend par ses essais et erreurs.
- Huum.
- Il y a des choses qu'on peut apprendre des autres mais il y a aussi des choses qu'on apprend de soi-même, en s'observant soi-même et puis ...nos erreurs sont toujours quelque part...une source d'apprentissage aussi.
- Vous avez dit : « j'ai une très haute exigence ...une très haute exigence vis-à-vis de moi-même. »
- Oui.
- Et parfois c'est difficile de ne pas être prise en défaut par rapport à sa propre exigence ?
- Ben on est forcément prise en défaut à un moment ou à un autre
- Vous avez un exemple.....quelque chose qui vous revient ou.... ? Quand vous aviez par exemple ce vaccin ...ça vous avait affectée .ou ?
- Affectée ? Non ! ça m'a pas empêchée de dormir, je me suis dit c'est pas très grave non... il faut pas que ça se produise mais bon
- Huum !
- C'est le premier exemple qui me vient à l'esprit mais bonc'est sûr...euh On ne doit pas s'énervier après les gens...ça m'est arrivé que des gens m'énervent et que je sorte de mes gonds...et pourtant bonj'essaye d'être ...
- Et vous en avez été...vous avez eu un regret...vous vous en êtes voulue, après ?
- Oui, oui bien sûron n'est pas très heureux mais qu'est-ce que vous voulez, il faut vivre avec, on n'est pastant pis !
- Vous avez revu les patients après ?
- C'est arrivé...alors il y a les deux, il y a des gens qui ne reviennent pas parce quemanifestement ça ne leur a pas plu... et puis il y a ceux avec qui on arrive à s'expliquer...donc moi je n'ai pas de problème, ça ne me pose pas de problème de présenter des excuses si j'ai des torts ... pour moi ce n'est pas une difficulté alors que je sais que souvent les médecins n'aiment pas trop reconnaître leurs torts je pense que ...je pense qu'ils devraient réfléchir à ça, il vaut mieux humblement reconnaître auprès que quelqu'un que effectivement on n'a pas été bon ce jour-là, ils nous en veulent beaucoup moins, et ils feront moins de procès que si on reste sur sa position en disant non c'est comme ci, c'est comme ça !
- Quand vous avez fait cette démarche auprès d'un patient en disant que peut-être ben effectivement je me suis trompée...
- Oui ?
- Vous avez eu une réaction qui était plutôt positive ?
- Oui ! en général positive...alors que par contre si les gens ... parce que les gens ont parfois leurs raisons et si ils pensent que.....parfois ils se trompent.....
- Oui ?
- Alors le coup classique c'est les médicaments.....ils pensent que tel remède a pu leur donner tel effet secondaire, alors il se trouve que c'est une difficulté parce que ...soit c'est faux, soit c'est vrai...si c'est vrai...ils peuvent nous en vouloir... »vous, vous rendez compte il m'a donné ce truc....ça m'a fait tel effet secondaire ». !!!!!... alors il faut leur expliquer calmement que ...ben les effets secondaires peuvent exister... que ce n'est pas forcément une faute du médecin....qu'il faut bien prescrire des choses tout ça...hein !
- Oui.
- C'est des cas où la personne revient avec un ton revendicateur.... Et puis à l'inverse les gens vous disent ça « je suis sûr c'est le remède » or vous savez vous que ce n'est pas le cas, alors il faut arriver à leur démontrer que avec des arguments... des preuves hein que en fait non, effectivement ils ont un événement, mais que ce n'est pas la faute du remède,..... parce que quelque fois ils arrêtent leur remède et nous après, il faut les convaincre de le reprendre et ...ben ce qui crée une petite difficulté, mais c'est toujours intéressant de... d'arriver d'ailleurs à la surmonter...
- Vous avez dit :..... « reconnaître qu'on s'est trompé, reconnaître ses erreurs ».... L'erreur médicale vous la positionnez comment par rapport à cette notion, large par ailleurs, d'événement indésirable finalement?
- L'erreur médicale....ben c'est la plus grave.... Parce que l'erreur médicale par définition, si il y a erreur..... ça peut être une erreur de diagnostic, une erreur thérapeutique,... ça peut être une erreur de comportement.... Ça peut être plein de choseshein..... une erreur dans une urgence, ne pas apprécier l'urgence....donc l'erreur médicale c'est la plus grave parce qu'elle va avoir des conséquences sur me patient... et que là notre responsabilité va

- être engagée et que ben... il faut l'assumer, il faut être capable de l'assumer et d'encaisser....
- Votre responsabilité, elle est propre à l'erreur médicale ou elle peut aussi s'étendre à l'événement indésirable finalement?
 - Ah ben c'est tout !
 - Tout ?
 - Ben c'est sûr oui !
 - Et ce qui permet de faire la différence,si on peut la faire, entre un événement indésirable grave et une erreur médicale... ?
 - C'est un risque vital, c'est un risque vital pour la personne...euh...c'est sûr que pour le vaccin c'est pas grave, il n'y a pas un risque vital ...le gamin il va être revacciné une fois et ce sera rattrapé....tout ce qui peut être rattrapé..
 - Oui...
 - Parce qu'il y a beaucoup de choses qui peuvent être rattrapées... on peut oublier un médicament, s'en rendre compteou le patient s'en rendre compte...ou le pharmacien peut téléphoner en disant là dans votre prescription il y a un problème....tout ce qui peut être rattrapable parce qu'effectivement on a quand même des garde-fous hein....on est plein de garde-fous sans arrêt....donc, malgré ça il y a des fois des chosesmoi peut-être j'appelleraiindésirable.... oui....imprévisible ...ou impondérableje sais pas, peut-être il y a une notion de
 - Il y a une notion d'imprévisibilité, ?
 - Qui peut-être aggrave d'avantage les choses ?
 - D'accord ! Et l'erreur , elle avait un caractèreimprévisible.....aussi , oui ?
 - Ben l'erreur, on peut au moins.....on peut éviter de les faire, hein !
 - Oui !
 - Hein, donc il y a des erreurs que l'on fait parce que l'on a pas assez été attentif.....mais il y a des erreurs qui sont plus graves, parce qu'on s'est lancé dans quelque chose qu'on ne savait pas faire ou on n'a pas pris les précautions et euh.....enfin on n'a pas fait appel à un spécialiste ou des choses comme ça hein, et puis il y a des choses qui arrivent auxquelles finalement on est pour rien, mais qui sont quand même de ce point de vue.....mais c'est pas facile...
 - Pour vous c'est difficile, oui ?
 - Oui !
 - « il y a l'exigence par rapport à soi-même et puis il y a l'exigence des gens de la société.... » L'aspect médico-légal il ...stigmatise un peu ces exigences ou ?
 - *Réflexion 20 secondes* Ben c'est-à-dire les gens... Non c'est pas uniquement ça...les gens c'est je crois que...Les gens ils nous voient comme non pas à leur service... mais à leur disposition, il voudraient qu'on les prenne quand ça les arrange, eux
 - Huum !
 - Même si on leur explique qu'on a déjà deux personnes, non c'est à telle heure que ça leur va.... donc voilà, ils ont des exigences Ils mettent beaucoup de pression sur des sujets comme ça, le médecin il doit être parfait, il ne doit jamais se tromper, toujours être de bonne humeur *rires*.... toujours accueillant ... ne jamais rien oublier...enfin voilà.
 - Oui.
 - Ils attendent de nous des choses extraordinaires...
 - Huum !
 - Alors c'est vrai que moi j'aime bien relever le défi, c'est bien c'est plaisant.....mais faut pas rêver... nous sommes des humains comme les autres hein !
 - Et qui a un caractère un peu faillible ?
 - Voilà... et c'est amusant parce qu'il y a une dame qui m'a dit : «
Eh ben alors Je voulais vous dire comment allez-vous parce que la dernière fois qu'est-ce que vous aviez l'air fatiguée ! » . Ben tiens qu'est-ce que j'avais, alors j'ai regardé la date.... Et effectivement j'avais eu une virose et j'ai vraiment ...il y a un jour

- où je n'ai pas pu venir travailler, c'est exceptionnel....j'avais 40° de fièvre, j'étais à plat et elle avait dû me voir le lendemain et je ne devais pas être.....bien terrible et...j'avais complètement oublié, mais elle.....attendez je regarde....non j'avais quand même tout bien noté dans votre dossier, je m'étais bien débrouillée apparemment, oh oui vous m'aviez soignée comme d'habitude..... j'étais contente *rires*....mais bon elle a quand même remarqué qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas ce jour-là.
- Vous avez dit aussi : on met des garde-fous, c'est quoi, vous avez des exemples pratiques de entre guillemets garde-fous?
 - Ah ben oui je suis pleine de garde-fous....je suis pasje suis pas top ; mais j'ai une personnalité un peu compulsive et ben je suis extrêmement ordonnée, extrêmement propre, je nettoie tout....j'essaie de faire attention à plein de choses, j'essaie de respecter mes horairesvoilà et ça, ça me permet.... de ne pas être prise au dépourvu, par exemple il faut avoir du matériel..... si vous êtes en panne, bon c'est vrai si vous devez faire une piqûre et si vous n'avez plus de seringue dans votre valise... ou des choses comme ça ...hein c'est perturbant...
 - Huum !
 - Pareil, pour les domiciles il faut bien noter les adresses, les téléphones,....les ... comment dire... maintenant ?....
 - Les codes ?
 - Les codes de l'immeuble...parce que moi ça m'est arrivé une fois d'aller en urgence chez des genset ben le code, ils me l'avaient pas donné...et ben vous êtes dans la rue et puis voilà, tout ça ce n'est pas très marrant hein !
 - Ca, ça vous a incité maintenant à faire d'avantage attention à...
 - Oui, oui bien sûr ! Une fois je suis partie en urgence chez quelqu'un, je sors de ma voiture et ma clé me tombe des mains, la clé de ma voiture et elle tombe...elle roule dans le caniveau...
 - Mince !
 - Elle tombe au fond et donc j'avais plus de bagnole pour aller voir le malade suivant qui n'était pas très bienalors j'ai dit bon qu'est-ce que je fais, à cette époque il n'y avait pas de portables ...donc j'ai dû aller chez un voisin et demander d'utiliser leur téléphone
 - Mmm !
 - J'ai rappelé la personne ; heureusement que j'avais noté son téléphone....c'était un type qui avait en fait un ulcère à l'estomac perforé donc.....je le suivais, mais il avait mal à l'estomac..... c'était un type qui était dans une entreprise au fond de alors j'ai eu le responsable qui est venu me chercher avec sa voiture...
 - D'accord !
 - Et puis après pendant ce temps j'ai appelé mon mari qui est venu m'amener la deuxième clé.... Il faut trouver des astuces quoi !....il faut se démerder !
 - Huum ! Et par exemple dans votre pratique quotidienne vous mettez beaucoup de rigueur dans la tenue des dossiers ?
 - La rigueur, l'ordre ...moi ça m'aide beaucoup...alors je sais pas comment font les autresparce que j'ai des copains qui sont moins ordonnés que moi et qui s'en sortent quand même, qui ne sont pas plus mauvais...mais moi c'est mon truc.
 - Et il y a des choses que vous faites d'une manière systématique quand vous faites un examen clinique, un interrogatoire... ?
 - Oui j'examine toujours pareil des pieds à la tête, je pose toujours les mêmes questions dans le même ordre....ça fait un peu....
 - Et depuis le début, ou c'est... ?
 - Toujours, oui toujours ! je fais ça depuis le début...et ça c'est précieux parce que au moins je sais que je fais un examen toujours dans le même sens et que c'est pas possible que j'ai oublié une

- chose, même si je ne l'ai pas notée, je suis sûre de l'avoir faite..
- Et ça c'est garant de ... quelque chose qui peut éviter la survenue d'événements...
 - Ah oui
 - D'erreurs ?
 - Pour moi oui.
 - Mmm !
 - Ah oui ! je pense, même pour les autres ...les patients y regardent...si vous oubliez de leur prendre la tension, les gens vous le disent ...je veux plus aller chez le docteur Truc parce que la dernière fois il ne m'a même pas mesuré la tension !cette sacro sainte tension pour les gens c'est quelque chose, mais bon nous on sait bien qu'on peut faire sortir un patient sans lui avoir mesuré la tension....mais les patients qui arrivent en entretien psychothérapique je les préviens « aujourd'hui pas d'examen clinique, on parle...si vous avez besoin, vous revenez et on fait un examen clinique... »
 - D'accord.
 - Mais c'est des choses cadrées... qui permettent ...mais que je leur explique parce que les gens Si vous faites ça à n'importe qui, bon il y en a qui vont comprendre mais les autres vont dire le médecin ne m'a même pas examiné.
 - Ce choix vous l'avez fait parce que vous avez l'impression justement il y a des gens qui ...leur incompréhension ...ou parce que une fois au cours d'un entretien...
 - Non !
 - Ça avait dévié vers quelque chose d'organique et qui avait perturbé ?
 - Ah oui ! c'est vrai que si les gens viennent avec dix motifs vous ne pouvez pas traiter le dix motifs, même si vous leur consacrez un demi-heure...moi je sais pas faire, je fais une hiérarchie, j'écoute les motifs, vous êtes venu pour ça, mais si il y a autre chose je note, aujourd'hui on va s'occuper de ça parce que ça me paraît le plus urgent mais si vous voulez qu'on s'occupe du reste je vous reconvoque, je reconvoque les gens systématique....moi, pour moi c'est un pare...c'est un garde-fou précieux, donc je me permets de convoquer les gens comme ça je sais que je peux consacrer le temps que je veux, donc si c'est quelqu'un qui a une dépression...j'ai eu une personne, une jeune femme de 35 ans le mois dernier, que je connais très bien, quand je l'ai vue dans la salle d'attente, je l'ai trouvée triste, elle avait énormément maigri, effectivement elle avait perdu 10 kg, elle venait pour la gynécologie
 - Oui... ?
 - « Et qu'est-ce que vous avez ? » je savais qu'elle avait perdu son père, quelle soigne sa mère, donc je me doutais que c'était un peu ça.....vous avez maigri.....ben oui je mange plus rien...bon ben aujourd'hui on ne fait pas d'examen gynécologique si vous êtes d'accord, ça n'est pas urgent, ça peut attendre, mais d'abord on va s'occuper de ça., effectivement elle est partie avec un antidépresseur ...et j'estime que j'ai eu raison de le faire parce que.....elle est revenue cette semaine et elle va bien mieux...et on s'est occupé de la gynécologie après ...voilà
 - Mmm !
 - C'est savoir un peu...changer les choses même si le patient n'était pas venu pour ça...hein !
 - D'accord ! Qu'est-ce qu'on pourrait proposer en terme de formation pour prévenir ces événements indésirables ces erreurs qui peuvent....?
 - De formation ?
 - Oui.
 - *rires* Ben déjà, ... il faut informer nos jeunes confrères et puis Il faut plus échanger entre confrères....nous ici ...pas de la formation, mais je suis avec le Dr [REDACTED] et le Dr [REDACTED] (avec le Dr [REDACTED]) on a travaillé tous les 3 pendant [REDACTED]...on avait des réunions bi hebdomadaires, on se réunissait entre nous deux fois, une fois pour traiter du fonctionnement du

- cabinet de notre association et une fois pour parler des patients.
- Huum !
 - Et ça a été très enrichissant....le côté détente, on se parlait des trucs drôles qui arrivent, on a beaucoup ri dans ces réunions, mais on a beaucoup appris les uns des autres dans ces réunions : « ah ben moi j'ai fait telle connerie ».... « ah moi il m'est arrivé ci ou ça »ça élargit le champ des expériences et c'est hyper précieux, beaucoup trop de médecins à mon avis travaillent seuls dans leurs cabinets, isolés, sans échanges avec des confrères ou avec des échanges qui sont teintés de rivalité ou parfois plus...et c'est bien dommage parce qu'on a beaucoup à apprendre les uns des autres, justement parce qu'on est tous différents et qu'on a chacun ses trucs.
 - Et vous allez continuer à faire ça par la suite?
 - Alors on le fait plus avec notre association parce qu'un des associés ne le désire pas et je trouve que c'est bien dommage, par contre comme on fait des groupes de pairs, je fais partie d'un groupe de pairs ça fait un lieu de remplacement..
 - De remplacement, et l'expérience... les erreurs de l'autre elles peuvent servir à diffuser de l'expérience aux confrères ?
 - Ah oui !absolument tout à fait, moi j'ai en mémoire des choses que m'ont raconté mes collègues et que moi je leur ai racontés en toute simplicité de reconnaissance en toute humilité de se confronter de savoir reconnaître j'ai pas été très bon... je recommencerai plus ...on apprend par l'erreur, comme dans tout d'ailleurs.
 - Et dans des situations difficiles d'événements ou d'erreurs de situations qui étaient lourdes à porter, le fait d'échanger de communiquer avec des confrères, ça peut soulager... ?
 - Ah oui ! bien sûr...mais déjà il faut porter soi-même...de toute façon personne ne peut se substituer à nous pour ce qui concerne notre responsabilité.
 - Mmm !
 - Mais c'est vrai que le fait de pouvoir en parler avec quelqu'un qui va pouvoir comprendre parce qu'il a les moyens...dans la mesure où il sait qu'il peut vivre la même chose...il a les moyens de mieux comprendre que quelqu'un d'étranger à la situation...ça fait du bien, oui.
 - Et d'en parler à quelqu'un du milieu extra professionnel ça peut aussi arriver ?
 - Alors...il faut se méfier parce que c'est sûr que.....moi je me demande quel est le motif qui fait que les médecins ne parlent pas facilement de leurs erreurs...des fois même avec leurs confrères,moi je pense qu'il faut se méfier que ce ne soit pas colporté, parce que les gens de l'extérieur ne sont pas médecins, ils ne se rendent pas du tout compte de ce qu'on vit au quotidien...d'ailleurs ils n'en n'ont rien à faire et puis c'est pas leur problème après tout, on ne peut pas leur demander ça., mais ils peuvent avoir l'idée qu'on leur cache des tas de choses qu'on fait des tas d'erreurs, ce qui n'est quand même pas le cas parce que je pense que la plupart des médecins dans la plupart du temps on ne fait quand même pas si mal.....enfin du moins je veux bien le croire, *rires* ou alors il fautet à mon avis ça peut être quand même... ça peut se retourner contre nous, d'une façon un peu injuste, moi j' aimerais pas ça, ...je voudrais pas que sous prétexte qu'il y a quelque fois des erreurs ça se retourne contre la profession et qu'on pense qu'on est tous mauvais et qu'on fait tout le temps des tas de bêtises parce que déjà les gens sont très chiants vis-à-vis de nous, et de la médecine....Alors est-ce qu'ils ont tort est-ce qu'ils ont raison, est-ce qu'on est si mauvais que ça...j'aimerais bien le savoir.....peut-être que vous me le direz.
 - Qui sait ?
 - Ben voilà, mais on ne peut pas être parfait....il faudrait que les gens acceptent qu'on est des

humains comme les autres et qu'on a nos limites....c'est ça le problème.

- Et puis que les médecins acceptent leurs limites...
- Oui !
- D'accord...et bien je vous remercie beaucoup de m'avoir accordé cet entretien...
- De rien.

Entretien L.

- Bonjour, je m'appelle Marc Chanelière,
- Oui, bonjour.
- Je suis actuellement résident en sixième semestre et je réalise un travail dans le cadre de ma thèse de Médecine Générale. Ce travail porte sur la survenue d'événements indésirables dans la pratique des médecins généralistes.
- Huum... oui
- Cela part du constat que dans la prise en charge d'un patient, le médecin généraliste peut être confronté à la survenue d'un événement indésirable, une situation inattendue qui a des conséquences parfois importantes sur le malade. Mon hypothèse est qu'il y a aussi des conséquences sur le médecin, notamment sur sa pratique. Je réalise des entretiens auprès de médecins généralistes, enregistrés, anonymes, et je les transcris secondairement afin de les analyser. Le but n'est pas de juger d'une pratique bonne ou mauvaise d'un médecin.
- D'accord.
- Pour commencer, j'aimerais situer un peu votre activité, pouvez-vous me dire depuis combien de temps vous êtes installé ?
- Je me suis installé en 1981.
- Vous avez quel âge ?
- J'aurai 52 ans bientôt.
- Vous avez eu un exercice pendant quelques mois...quelques années auparavant ... en tant que remplaçant ?
- J'étais interne de région pendant trois ans et puis j'ai fait des remplacements, très peu....
- D'accord... vous vous êtes installé directement dans ce cabinet ou ?
- Oui ! je suis là depuis 81.
- Et un exercice toujours ...*sonnerie de téléphone !!!!...réponse !!!!...reprise...2 minutes* Et votre patientèle se constitue comment globalement ?
- Alors quand je reçois mes relevés de stat...elle est vraimentd'une banalité absolue...j'ai le même nombre d'enfants que de petits vieux.... Je suis dans la moyenne.
- D'accord, donc une activité variée et dans la moyenne du département ?
- Ah ! oui, oui j'ai des gamins, des jeunes, des vieux, des hommes, des femmes, des noirs, des blancs.....un peu plus de riches que de pauvres...je suis sur [REDACTED] non c'est d'une banalité absolue !
- D'accord.... Vous avez un exercice plutôt urbain ou bien qui a quelques teintes semi rurales ?
- Ah non ! ici on est en ville...on est en ville hein !
- D'accord.... J'ai employé le terme événement indésirable est-ce que c'est une notion qui vous est familière ?
- *Réflexion semble un peu perdu 30 secondes*
- C'est-à-dire qu'est-ce que vous mettriez spontanément derrière ces termes ?
- *Réflexion de 15 seconde* Je sais pas si pour moi ça existe l'événement indésirable dans une consultation..... tout est désirable....tout peut arriver....l'événement indésirable.....ça serait que....le patient sorte du cadre de la consultation.....c'est-à-dire passe à l'acte.... Voilà.....mais, autrement à l'intérieur du cadre de la consultation, rien n'est indésirable..
- Passe à l'acte...c'est-à-dire ?
- Pour moi l'événement indésirable ce serait un patient qui deviendrait... agressif...physiquement... qui deviendrait.....je crois que j'en ai deux en 30 ans... en 25 ans, mais autrement..... je vois pas bien ce qui pourrait être véritablement indésirable. Par exemple le médecin n'a pas de désir, il est là assis sur cette chaise et il attend que...qu'on lui amène des choses...après...
- D'accord, donc le cadre de la consultation tout ce qui peut finalement se produire.....
- Fait partie de la consultation !
- Fait partie de la consultation.....d'accord !
- Oui.
- Je vais vous donner une définition officielle « *Par événement indésirable, il convient d'entendre tout effet fâcheux, immédiat ou différé, sur la santé des individus ou des populations, survenu à la suite de soins préventifs ou curatifs.* » Qu'est-ce que vous pensez de cette définition ?

- Alors vous voulez parler de la iatrogénie du médecin ?
- C'est ce que cette définition soulève, c'est ça ?
- Oui, alors là oui !.... ben la iatrogénie du médecin c'est autre chose....c'est paseuh !.... je ne sais pas si je devrais me permettre de dire..... (raclements de gorge...) je sais pas si.....parce que moi j'ai une formation analytique...hein, j'ai fait une analyse....personnelle donc effectivement, je pense.... dans la consultation les choses se passent à deux..... se passent dans les deux sens...
- Huum !
- Et autant le patient peut nous mettre des choses dessus,.....nous transférer, entre guillemets, des choses dessus....autant nous, on peut effectivement.... il faut être conscient qu'on peut générer de la pathologie chez le patient.....
- Oui ?
- Et que de temps en temps...ben l'enfer...est pavé de bonnes intentions et que...euh...on peut être générateur de...mal-être... ou de souffrance pour le patient ... à cause de notre attitude..... consciente, inconsciente, voulue, non voulue, euh.....je pense que c'est très rare quand un événement indésirable venant du médecinse passe de manière consciente, il y a des pervers, mais je pense qu'il n'y en a pas plus que chez les plombiers.
- Huum !
- Par contre... *deuxième sonnerie de téléphone, prise de rendez-vous, semble un peu agacé 1 minute* donc je pense qu'effectivement... moi je me suis toujours, j'ai toujours été très attentif..... à ce que je pouvais générer chez le patient, je crois que c'est pour ça que j'ai fait mon analyse personnelle..... après j'ai fait pas mal dej'ai fait une dizaine d'années de groupe Balint pour justement essayer de comprendre ce que le médecin peut générer....
- Mmm !
- Le médecin n'est pas neutre, la clientèle de médecine générale est une société d'investissements mutuels hein...c'est-à-dire qu'il y a des investissements des deux côtés et qui dit des deux côtés.....dit...euh...lutte de pouvoir,..... conflit d'influence,qui a raison ? qui veut imposer son sentiment ?.... qui veut manipuler l'autre ? Les médecins qui pensent qu'ils ne veulent rien imposer, qu'ils ne manipulent pas ...sont des gros naïfs.
- Oui ?
- On est sans arrêt en train de faire des choses avec notre tête par rapport au patient. Oui alors à ce moment-là ...les événements indésirables ça me parle beaucoup.....oui mais indésirables.....pfff..... alors pour moi...c'est au terme de la conscience si vous voulez..... mais du désir...je pense que c'est du désir inconscient.....
- J'ai une autre définition à vous proposer ...
- Oui ?
- « *tout événement survenu dans la pratique d'un médecin, qui ne devrait pas se produire, qui n'a pas été anticipé et qui fait dire au médecin : "Ca ne doit pas arriver, je ne veux pas que cela se produise à nouveau* ». Que pensez-vous de cette définition ?.....qu'est-ce qu'elle vous inspire cette définition ?
- Ben elle m'inspire absolument rien de vécu.....oh si un jour un drogué a vomi chez moi...il a cassé les meubles et je me suis dit ben il faudrait pas que ça se reproduise.....Autrement pour moisi vous voulez ... dans la consultation tout fait du sens, c'est-à-dire je me pose pas la question en termes de ... « ah ben ! il aurait pas fallu... » parce que je me pose la question, « qu'est-ce qui s'est passé, »... « qu'est-ce que tu as ? » ... euh... « qu'elle a été » ... « l'alchimie de la réaction entre toi et le patient pour que ça, ça se passe ? »mais c'est....moi j'appellerai pas ça événement indésirable.....mais vous voulez peut-être parler des passages à l'acte ...séduction ou etc. moi ça ne m'est jamais arrivé. C'est un grand truc de repas de médecins quand ils ontquand ils ont un peu plus de 0,50 g d'alcool dans le sang...personnellement hein on est très souvent en situation de séduction. *rires*
- Oui ?
- ...Et notre boulot... euh....ça fait partie ... notre boulot c'est ... de prendre conscience de ce qui est de l'ordre de l'attitude de séduction.....mais j'ai jamais eu aucun

- semblant de passage à l'acte chez un patient ou une patiente ou ... euh..... la dernière définition.....de temps en temps par exemple il y a des clachs avec les patients.... des patients qui s'en vont.....maismoi je ne le vis pas en terme indésirable.....en général je comprends très bien ce qui s'est passé.....
- Huum !
 - Je sais... je sais ce quipar exempleil y a 6 ans j'ai perdu une patiente qui est venue faire un esclandre chez moi en disant que que j'étais vraiment « le roi des cons » qu'elle allait vraiment me faire une publicité terrible.....parce que j'avais refusé...j'avais refusé de faire..... de me plier à ses désirs...j'avais dit non.....voilà. !
 - Oui et ?
 - Mais pour moi c'est un événement, mais pas un événement indésirable..... et indésirable je sais pas ça me titille *rire*.
 - Mmm !
 - Le mot me... le mot.....il se passe des choses dans la médecine comme dans la vie.....voilà, la médecine c'est comme la vie.....dans la médecine on s'engueule, on se séduit....ce qui est un petit peu plus compliqué dans la médecine.....c'est qu'effectivement le rôle du médecin c'est d'être....c'est d'arriver à être ...à canaliser tout ça.....à être très attentif, à ce qu'il y ait de l'ordre, du non verbal, de l'inconscient chez son patient et chez lui-même.
 - Mmm !
 - Une fois qu'on a acquis cette technique-là, cette manière de faire...bon ben ...ça roule.
 - L'erreur médicale, c'est une notion que vous définiriez comment par rapport à la notion, on va dire d'événement ou d'effet indésirable ?
 - Alors, l'erreur médicale fait partie de la routine du médecin.
 - Oui,
 - Voilà !..... on passe son temps, je veux dire euh !...quand on fabrique des fenêtres ou qu'on pilote un avion on passe son temps à faire des petites et des grosses bêtises, quand on est docteur on passe son temps à faire des petites et des grosses bêtises.....Bon, quand on pilote un avion ou qu'on fabrique des fenêtres on s'arrange pour mettre en place des procédures qui réduisent la gravité des bêtises qu'on fait, en médecine c'est pareil, la médecine n'est pas un métier différent des autres métiers pour ça.....La notion d'erreur médicale.....pff.....euh....pour moi elle est tellement évidente.....bon.... on passe son temps à se tromper.....alors ?.....est-ce que j'ai fait des erreurs fatales, je crois pas, je crois pas avoir.....euh !.....c'est Cushing le médecin américain qui disait que tous les médecins le soir en s'endormant avaient un petit cimetière dans la tête .
 - Oui...
 - Oui des patients qu'ils avaient tués, ça m'avait frappé quand j'étais interne et que j'avais lu ça.....tués ben je sais pas je me creuse beaucoupmais, par contre ben des erreurs j'en ai fait quoi ... c'est pas un drame.
 - Vous avez dit : « on met en place des procédures » ...vous-même vous avez le sentiment d'avoir mis en place des procédures dans des situations où... ?
 - Ah oui ! Parce que la plupart des erreurs qu'on fait c'est pas des erreurs techniques...les erreurs techniques c'est.....ah si on peut passer à côté d'un infarctus.....quand un monsieur vous dit : « je vomis, j'ai mal à l'épigastre » mais bon quand on a pédalé un minimum, les grosses erreurs..... si on a été dressé comme on est dressé à l'hôpital comme les spécialistes, les grosses erreurs...la plupart des grosses erreurs on les fait pas.
 - Huum !
 - La plupart des erreurs de médecine générale c'est des erreurs relationnelles ; c'est quelque chose ... et quand on regarde d'ailleurs la majorité des procès..... des procès hospitaliers.....les gens ils s'en foutent qu'on se soit trompé, ils comprennent très bien qu'on se soit trompé, ce qu'ils ne comprennent pas, c'est qu'on n'admette pas qu'on se soit trompé, c'est qu'on admette pas de discuter du fait qu'on se soit trompé, c'est qu'on n'admette pas d'échanger sur le fait qu'on se soit trompé.....
 - Mmm !
 - A partir du moment où on est possiblement, où on peut être remis en cause,....où on se remet en cause.....et ben je pense que c'est déjà.....le pare-feu le plus efficace. Ah bon, il y a les paranos, ...les turbulents processifs.....les gens qui quoiqu'il arrive...mais ceux-là.... on rentre dans une pathologie psychiatrique.....
 - Oui ?
 - Alors là il y a des techniques.....hum ! ...des techniques ...basales : il faut mettre de la distance...il faut.....mais en médecine générale j'allais dire ,hors exemples ...très ponctuels.....euh...le meilleur pare-feu qu'on puisse mettre en place, c'est d'être conscient de sa ...faiblesse ...d'être conscient de ses limites, être conscient deêtre capable de ...être capable d'échanger ça avec le patient, être capable de faire comprendre au patient que c'est une préoccupation.....c'est une préoccupation ...quand on voit 100 gripes ...moi je suis obsédé par le fait de laisser passer une méningite....et je le dit aux patients....quand je cherche Kernig....Brudzinski....un gamin qui a 39°ah ben on va quand même regarder qu'il n'y a pas de méningite.
 - Mmm !
 - C'est manière de dire qu'au-delà de la routine il faut quand même en pathologie organique mais en pathologie psychique c'est la même chose.....il faut pas ... il ne faut pas dormir, c'est un métier où il ne faut jamais dormir....il ne faut jamais être en pilotage automatique, sauf quand on est malade soi-même donc on a....
 - Mmm !....donc maintenir un ...
 - Un lien.
 - Un lien, ... une écoute ?
 - Mais maintenir un lien qui soit....., où le malade ait l'impression d'avoir quelqu'un de vivant en face, pas une machine, pas un mec qui lui joue ... l'adoubement à 30 dollars..... pas..... pas.....on ne joue pas en médecine.....alors c'est directement lié à la notion de vérité.....c'est-à-dire que.....une clientèle idéale c'est une clientèle qui se vit en vérité.....au moins de la part du médecin, alors on n'y arrive pas tout le temps...*rires*.....on se plante sans arrêt.....mais le meilleur pare-feu c'est d'être aussi proche de ce qu'on estime être la vérité...enfin de ce que moi j'estime être la vérité.....c'est à dire une relation où quelque part le patient sente qu'on est d'égal à égal dans ce qu'on a d'humain, alors de médical non, parce que je suis médecin, j'ai un savoir qui est pas celui du mec qui est bousculer...
 - Oui,
 - Ou commissaire ou CRS, mais.....pour ce qui est de....on est un homme face à un autre homme
 - Donc on lui met une condition c'est se tromper c'est ça ?
 - Ah ben évidemment !...ça oui, ça c'est une porte ouverte !
 - Mmm !
 - Ben oui celui qui pense qu'il ne se trompe pas c'est ...soit il est stupide ...soit il est naïf ! Dans un cas comme dans l'autre.... !
 - Vous avez un exemple, d'une situation où derrière vous aviez l'impression que vous vous étiez trompé qui vous revienne à l'esprit.....avec euh ?
 - *silence, fait non de la tête 20 secondes passent*
 - Vous avez dit : « la plupart des erreurs médicales en médecine générale, elles sont relationnelles... » ?
 - Oui, alors c'est en général des erreurs...où je pensais.....c'est des erreurs.....où j'arrive pas à jauger.....ou j'ai de la peine à jauger l'importance d'un affect chez un patientet où la consultation, la relation va déraiser un peu.....c'est des fautes d'aiguillage.....c'est-à-dire qu'il y a de temps en temps des gens.....de temps en temps c'est difficile d'évaluer exactement quelle est l'importance de l'item chez un patient.....et là on peut se tromper, on peut aller dans une direction fautive....on peut.....mais pfff... un exemple vraiment...euh.....mais ça n'a pas autant d'importance pour moi, c'est pas un enjeu...me tromper ou ne pas me tromper....
 - Vous avez quand même dit qu'il y avait une démarche derrière...c'est d'accepter ... de l'admettre

- Oui !
- C'est d'essayer de communiquer là-dessus ?
- Oui !
- C'est ça finalement l'enjeu que ça constitue pour vous ?
- Non ! c'est pasben c'est pas un enjeu ça ...ça m'arrive de temps en temps de me dire « ben je me suis trompé ».....ou finalement « ben je vous ai mal écouté... »
- Mmm.
- Ou extrêmement rarement ça pourrait être le patient qui dit rien.....mais finalement il ne revient plus...et là on se dit ben finalement je suis passé à côté de quelque chose.....on a énormément de patients qui ne reviennent plus ...parce qu'ils ont déménagé, ou par ce que notre tête ne leur convient pas, ou parce qu'ils n'aiment pas le plancher, ou parce qu'on a dit une connerie, ou parce qu'on a fait une connerie,...
- Huum
- Alors ça c'est un des aspects très frustrant de la médecine...on sait qu'on fait des erreurs, mais deux fois sur trois les gens n'osent pas nous dire quelle a été notre erreur...et on ne les revoit pas et on est dans l'ignorance complète de ce qu'on a faitet ça c'est un truc très difficile à vivre et là-dessus on peut fantasmer n'importe quoi
- Oui !
- On peut se dire qu'on est une sous merde...et ...qu'on a plus aucune confiance en soi, et que y partent tous parce qu'on sait pas faire.... Ou on peut imaginer si on est dans un trip parano ...qu'il y a un complot dans le village et qu'ils partent tous parce que....voilà...et ça c'est un aspect très difficile du métier parce que c'est un aspect où on fantasme à blanc.... C'est-à-dire que sur 10 patients qu'on ne revoit pas il y en a 8, 7, 8, 6,pour lesquels on n'aura jamais aucune explication et là c'est notre psychisme qui se met en action...nos propres fantasmes..
- C'est quelque chose que vous avez expérimenté ?
- C'est quelque chose qu'on expérimente tout le temps.....enfin je veux dire quand on vit dans un village...et qu'on sorton dit : « tiens ah ben merde Madame Machin, ça fait trois ans que je l'ai pas vue....c'est pas possible que depuis trois elle n'est pas été malade....donc elle va voir quelqu'un d'autre, si elle va voir quelqu'un d'autre, c'est qu'elle n'a pas été contente, si elle n'a pas été contente, qu'est-ce que j'ai bien pu faire » .et là c'est plus dépendant de ce qui s'est passé réellement, c'est dépendant de ce qui c'est passé fantasmatiquement.....c'est-à-dire que c'est dépendant de ce que j'imagine que j'ai pu faire.....alors expérience faite, parce que ça fait quand même trente ans que je pédale....
- Huum.
- La bêtise que le médecin imagine.....n'est pas toujours la bêtise, entre guillemets, vécue par le patient... *rires*ça veut dire que chacun projette...chacun envoie, chacun fantasme sur l'autre.....ce que Pascal...appelle « transfert, contre transfert ».....le contre transfert d'ailleurs chez les médecins c'est très fort.... « y m'a quitté parce que j'avais été trop dur...y m'a quitté parce que je lui ai refusé....y m'a quitté parce que j'ai pas voulu venir tout de suite... y m'a quitté parce que j'ai pas voulu mettre d'antibiotique et que finalement j'aurai bien fait d'en mettre un tout de suite....y m'a quitté parce que j'ai un peu attendu avant de demander le scanner....y m'a quitté parce que je lui ai dit que ce jour-là je ne pouvais pas le recevoir sans rendez-vous.....y m'a quitté parce que voilà.....y m'a quitté parce que ce jour-là en fait » ... lui aussi il avait des choses en têteet la relation ne s'est pas faite et qu'il m'a pris pour un vieux con.... On est aussi... il faut accepter l'idée qu'on soit...quand on est médecin généraliste...on estun paratonnerre à fantasmes...hein !...on est papa, maman, la bonne, moi, le méchant, ou le très gentil le protecteur...le vicieux...bon...ça dépend de nous bien sûr mais aussi ça dépend du patient.....il y a des patients vicieux, pervers, cauteleux, obsessionnels....il y a des patients tarés, il y a des patients sympa....euh...bon !
- Qu'est-ce qui vous a amené à entreprendre...du Balint.....j'imagine...
- Oh ben du balint ça m'a paru...une démarche complètement obligatoire...hein !...d'essayer de comprendre....la médecine générale si on se limite à l'organique...alors on se fait vite chier.....le lumbago à Dugenou, la migraine à Duglandier....la ixième rhinopharyngite au petit Charles-Albert Machin...pfff...la médecine générale du point de vue de son plaisir....organismique, entre guillemets,...c'est le désert des Tartares...hein !
- Huum.
- On voit une sarcoïdose tous les six ans.....quand on voit un truc purement organique en général le patient va claquer, on y peut rien.....donc l'intérêt de la médecine générale c'est le relationnel, c'est ce que le patient a dans la tête et ce que nous on a dans la tête...et le Balint c'est bien...ça permet d'essayer de comprendre ce qu'on peut mettre en jeu....ce qu'on peut ...oui, oui...
- Vous avez dit aussi : « il faut communiquer avec le patient sur les erreurs ou sur les situations où on s'est trompé... »
- Oui !
- Il faut le faire avec ses collègues aussi ?
- Ah ! la ! la ! ... alors il faut.... le médecin standard, qui vote à droite, qui a cinquante ans,qui change sa 407 ou sa BM Machin....et quieuh ! surtout pas !!! ça dépend du type de médecin...il y a des médecins qui sont du style tout puissant, je je je je ...machin...là ben eux ils se trompent jamais, eux !....mais bon ! on choisit ses amis...on choisit ses amis....il y a des tas de lieux où....là .pour le moment ça fait trois quatre ans que je suis dans un groupe de pairs.....ben dans un groupe de pairs.....quand on est au milieu de ses pairs ...pff !ben voilà.....ben on se trompe !
- Et vous avez eu des discussion sur des cas...est-ce que quelqu'un, un jour, vraiment a amené un cas, je veux dire spécifique et non pas aléatoire.... ?
- Vous voulez dire très dramatique ?
- Oui !
- Un cas où le malade est mort ?
- Oui par exemple ... disons un cas où le médecin s'était trompé, ou quelque chose où....quelque chose qui n'avait pas ...
- Oui...oui sûrement mais.... pour moi, c'est presque un non-événement...si vous voulez.....pour moi ce serait le contraire, ce serait le médecin qui ne dirait jamais : « tu sais je m'en veux.....putain là j'ai fait un trucj'aurais peut-être pas dû...j'aurais dû... »le mec qui me dit jamais ça...a priori pour moi,il est mauvais, c'est un à priori complet, c'est une projectionparce qu'il est peut-être trèsmais pour moi il n'est pas bon, voilà point barre... voilà alors je ne pose pas la question en ce terme.....pour moi c'est presque naturel.....ça ne.....oui presque naturel....
- Et des démarches de formation rattachées à ça, ça vous semble aussi naturel ?
- Bien sûr...oui, oui ...mais moi je suis un peu particulier parce que j'ai fait une analyse.....je connais....j'arrive peut-être un petit mieux que d'autres à comprendre ce que je mets en jeu....quelle est ma pathologie, quand c'est que je m'affronte au patient,.....quand c'est que je suis toxique ...un petit peu plus seulement, on maîtrise jamais tout.....mais je sais où sont mes failles, mes souffrances, mes points faibles, les endroits où je suis pas bon,je suis pas bien, où je suis méchant ; où je suis.....Alors ça il ne faut le dire qu'à des gens qui ont été analysés.....parce que même à des amis quand de temps en temps on leur dit oh là là ! j'ai été méchant avec des patients.....Quoi ?comment, alors ça c'est tabou...c'est très très vilain d'avoir été méchant avec un patientil faut absolument qu'on soit Jeanne d'Arc, qu'on aille faire sacrer le roi à Reims, souvent c'est mal compris et pourtant il y a des tas de moments où on est méchant avec les patients....
- Et cette démarche analytique, elle est venue au début, dès le début, très rapidement ?
- Ah oui au bout d'un an ...j'ai commencé mon analyse au bout d'un an d'exercice...oui
- Au bout d'un an d'exercice vous aviez le sentiment que les gens, les situations que vous aviez pu aborder elles avaient...

- Non, j'avais déjà fait des démarches analytiques quand j'étais interne, c'était un truc qui me travaillait depuis très longtemps ...à la fois pour desvous savez quand vous allez en analyse l'analyste vous dit : « vous savez Monsieur que vous êtes malade, point ... » « Ouais, mais je viens voir...c'est vachement bien l'analyse ! Monsieur quand on vient en analyse c'est qu'on est malade, on vient soigner quelque chose ! » Donc j'ai été soigner quelque chose de personnel. C'était quelque chose qui était en jeu bien avant de commencer mon métier de médecin...que j'ai pu mettre à bien quand j'ai commencé à gagner ma vie, mais qui était en relation avec mon métier de médecin et en relation avec ce que je suis moi....avec ma souffrance personnelle....avec...
- Et vous avez le sentiment que depuis que vous l'avez exploité ça vous sert dans votre pratique ?
- Ah ben ! évidemment ! Ah ben ! évidemment.....oui ... évidemment !.....quotidiennement.
- Est-ce que vous avez le sentiment que c'est une démarche bénéfique...
- La psychanalyse ... à proposer aux médecins ? Euh non !parce que c'est une démarche tellement.....je veux dire très lourd en investissement de temps, en investissement psychique, en investissement financier...la plupart des médecins n'ont pas besoin de ça, moi j'en avais besoin pour des raisons professionnelles et extra professionnelles, j'en ai des bénéfices au niveau professionnel. Mais je ne sais pas si on pourrait institutionnaliser la formation analytique dans le cursus d'un étudiant en médecine générale, déjà si on arrive à faire faire du Balint à tous les étudiants..... ce sera le pied quoi !...
- Ca, ça vous semblerait un bon truc dès la formation initiale ?
- Ah ben le Balint devrait être obligatoire...ah oui, je pense que c'est une ouverture surah oui vraiment....mais bon !!!
- Le Balint, il prendrait en charge l'aspect psycho relationnel ? c'est-à-dire le vécu... ?
- Voilà ! ça ne prend en charge que ça le Balint...pourquoi ce malade m'a mis en colère ? pourquoi quand ce malade sort de chez moi je suis mal à l'aise ? pourquoi quand ce malade vient j'ai envie de lui mettre mon poing dans la gueule ? pourquoi ce malade m'énerve, me fait pleurer ?ou au contraire pourquoi j'ai envie de lui passer la main aux fesses ?pourquoi ?...pourquoi ? Et là, c'est que du relationnel, en Balint on ne parle absolument pas de pourquoi je lui ai mis de la Metformine plutôt que des biguanides.....
- Et vous pensez qu'un groupe depourrait le prendre en charge ?
- Oui euh ... *regarde sa montre*
- Merci de m'avoir reçu
- De rien ... désolé euh ... *sourires*

Entretien M.

- Donc bonjour, je m'appelle Marc Chanelière,
- Huum.
- Je suis actuellement en sixième semestre et dans le cadre de ma thèse de Médecine Générale je réalise un travail. Ce travail porte sur la survenue d'événements indésirables dans la pratique des médecins généralistes.
- Huum... oui
- Cela part de l'idée que dans la prise en charge d'un patient, le médecin généraliste peut être confronté à la survenue d'un événement indésirable, une situation inattendue...
- Huum...
- ... qui a des conséquences parfois importantes sur le malade. Mon hypothèse est qu'il y a aussi des conséquences sur le médecin, notamment sur sa pratique. Je réalise des entretiens auprès de médecins généralistes, enregistrés, anonymes, et je les transcris secondairement afin de les analyser. Le but n'est pas de juger d'une pratique bonne ou mauvaise d'un médecin.
- D'accord.
- Pour commencer, quelques données générales si vous le voulez bien, j'aurais aimé savoir depuis combien de temps vous exercez la médecine ?
- Je suis installé depuis 1976.
- Dès l'obtention de votre thèse ? Ou vous avez exercé euh... en remplacement ?
- J'ai fait ... j'ai fait quelques remplacements, j'ai surtout fait SOS Médecin ... avant de m'installer.
- Pendant combien de temps ?
- Une année avant de m'installer et puis je l'ai poursuivi en parallèle de mon installation pendant deux ans je dirais.
- Le temps que le cabinet décolle ... ?
- Huum oui, comme beaucoup de médecins !
- Vous avez quel âge sans être indiscret ?
- Euh... alors 57 ans.
- Et votre patientèle vous la décrivez comment ? Globalement.
- Au niveau sociologique ?
- Oui, ... classes d'âges etc.
- Donc c'est une patientèle qui a maintenant 30 ans... de fidélité on peut dire mais euh... qui a bien sûr changé... dans un milieu assez rural au début et puis, qui est devenu maintenant semi rural parce que la ville maintenant s'est rapproché de la campagne...
- Huum...
- Qui était très étalée territorialement parlant au départ et puis euh... y'a 30 ans... environ un rayon d'action de 25 kilomètres ... ça faisait une zone d'une cinquantaine de kilomètres oui.
- D'accord.
- Alors maintenant ça dépasse pas 7 ou 8 kilomètres hein.
- D'accord.
- Donc il y avait beaucoup d'agriculteurs, beaucoup d'ouvriers aussi dans les usines [REDACTED] hein... euh... et puis des gens du tertiaire aussi. Donc là, ça s'est beaucoup réduit et c'est au détriment des agriculteurs huum...
- Huum... Mumm...
- Qui sont beaucoup moins nombreux pour des tas de raisons... et puis le reste ça n'a pas beaucoup changé, si ce n'est qu'il y a de plus en plus de patients qui vivent sur place mais vont travailler à Lyon... un peu la ville dortoir par certains aspects...
- Huum...
- Au niveau patientèle que j'ai développée, j'ai quand même beaucoup de pédiatrie, au minimum 40 %, euh... qui sont des enfants euh...
- ... des enfants d'enfants ?
- *sourires* oui alors *sourires* les anciens enfants emmènent leurs enfants, oui. La troisième génération.
- Huum...
- Quand on vieillit, c'est ça ! *sourires* Les grands-parents, les parents ... les enfants... Donc voilà, une forte part de pédiatrie, pas mal de gynéco... car quand on soigne les enfants, on a les mamans. Et puis tous mes patients âgés qui ont vieilli ben oui.
- D'accord.
- Voilà comment on peut brosser un peu mon activité... en groupe aussi huum, voilà.
- J'ai employé le terme « d'événement indésirable », c'est un terme qui...
- Alors il faudrait l'explicitier ! *sourires*
- *sourires* Et bien justement, Qu'est ce que vous y mettriez spontanément derrière ce terme, vous ?
- *sourires* Et bien moi, quand j'entendais « événement indésirable », j'entendais « événement iatrogène »... *sourires*
- Oui.
- C'est la première pensée qui vient... hein... donc pas que la iatrogénie médicamenteuse hein, ... la iatrogénie des actes et des ... des ... mots que l'on peut avoir, qui peuvent aussi faire mal et être dangereux hein. Mais enfin, c'est ça « l'événement indésirable » pour moi... C'est l'événement inattendu mais que j'ai un peu provoqué hein. *sourires*
- D'accord, donc il y a une ... euh... c'est lié au médecin d'une manière ou d'une autre ?
- Au médecin ou indirectement à ... aux outils qu'il utilise comme les médicaments mais euh ...
- C'est ça que vous mettriez spontanément derrière ?
- Ouais, c'est ce qu'y me vient à l'esprit en première intention.
- J'ai à vous proposer une définition pour événement indésirable c'est une définition qui est officielle. elle définit un événement indésirable en disant : « *il convient d'entendre par événement indésirable tout effet fâcheux immédiat ou différé sur la santé d'un patient ou d'une population survenu à la suite de soins préventifs ou curatifs.* » Elle vous inspire quoi cette définition ?
- C'est une définition générale, alors euh ... sur l'individu ça rejoint ce que j'ai dit en fait. Euh ... une décision prise sur un individu qui a des conséquences sur une population euh... ça doit arriver... un truc infectieux par exemple mais bon c'est quand même relativement rare... je pense.
- Huum
- Oui voilà ce que je dirais.
- D'accord, j'ai une autre définition à vous proposer... « *Tout événement survenu dans la pratique d'un médecin, qui ne devrait pas se produire, qui n'a pas été anticipé et qui fait dire au médecin : "Ca ne doit pas arriver, je ne veux pas que cela se produise à nouveau".* »
- *semble réfléchir ... puis sourit...*
- Je vous la donne une nouvelle fois. « *Tout événement survenu dans la pratique d'un médecin, qui ne devrait pas se produire, qui n'a pas été anticipé et qui fait dire au médecin : "Ca ne doit pas arriver, je ne veux pas que cela se produise à nouveau".* » Qu'est ce que vous en pensez ?
- Ben c'est un degré de plus euh... qui ... *pause 10 secondes* qui ... qui pose le problème de l'impondérable quand même parce que un événement imprévu... est ce que c'est un événement indésirable ? Il est indésirable si on avait les moyens de le prévoir... ou de le prévenir ... Si vraiment on avait aucun moyen ce qui peut arriver de temps en temps ... euh ... je ne le qualifierais pas d'événement indésirable ... qui a un côté d'être totalement imprévu...
- Huum... D'accord donc l'événement indésirable ... il n'y a pas de notion de prévisibilité, si je comprends bien ?
- Euh... si ... au contraire... Pour moi, l'événement indésirable, c'est celui que je pouvais prévenir. D'une façon ou d'une autre... éviter ou prévenir... Et que pour une raison X, je n'ai pas su faire. Ou pas pu faire ... Par contre, il y a des événements qui sont imprévus et qui sont ... bon si quelqu'un sort de mon cabinet et ... qui se fait renverser par une voiture sur le passage pour piétons en face de mon cabinet, c'est un événement totalement indésirable, je ne m'en sens quand même pas tellement coupable... ni responsable ...
- Humm ... La notion de responsabilité vous l'attribuez à quel niveau ? Elle existe dans l'événement indésirable ou ... euh ...
- Elle existe mais il n'y a pas forcément une responsabilité... on prend tous les jours des risques, on sait que ça peut amener des événements indésirables mais euh ... elle existe mais elle est connue. Donc

- quelque part, elle est prévisible... en ce sens qu'on peut en prévenir le patient. Ce qui est déjà très important quand on dit : « il peut se passer ça ». « Il y a peu de chances que cela arrive... mais il peut se passer ça »... Dans la relation de confiance qu'on essaye d'établir, ça me paraît assez important de pouvoir le dire.
- D'accord.
 - Alors que ce qui est imprévu par définition, on ne va pas prévenir.
 - L'erreur médicale, vous la positionnez comment par rapport à l'événement indésirable ?
 - *10 secondes de réflexion* L'erreur médicale... euh... c'est pas un événement indésirable ... c'est pas la même chose *rires* L'événement indésirable on a pu le prévoir ou pas le prévoir ... mais ça n'est pas forcément une erreur hein. Alors que l'erreur médicale c'est quelque chose de plus grave... qui pouvait être prévisible ou imprévisible mais euh... selon les circonstances... quoique en médecine générale on n'est quand même pas souvent confronté à cette ... à ça ... mais quelque fois on l'est, et ça marque *rire grave* C'est pour moi deux choses bien différentes hein ...
 - Huum
 - Mais... euh... la frontière elle est difficile à fixer.
 - C'est pas étanche ?
 - Non.
 - C'est quoi les éléments ... les choses qui font qu'elle évolue cette frontière selon vous ?
 - Ben c'est la réflexion qu'on peut avoir sur le sujet et le diagnostic qu'on peut en faire après en disant : « oui, j'ai pas vu ça ... peut être que si je l'avais vu, cela se serait pas passé... » Donc là on est endosse un petit peu euh ... une part de l'erreur... Si à posteriori on se dit « J'aurais peut être pu... » Et c'est à ce niveau là, que ça paraît difficile de trancher.
 - C'est là où intervient la notion de « peut être prévenue » ?
 - Ouais.
 - D'accord. Donc l'erreur médicale pouvait être prévenue, pas l'événement indésirable ? Si je synthétise ...
 - Euh ... c'est synthétique ! *rires* Non, l'événement indésirable peut être prévenu s'il est connu... mais on ne les connaît pas tous. Mais le mot qui échappe ... le mot ... le mot qui fait violence au patient qui va avoir des conséquences sur sa psychologie... voire sur son état de santé physique ... Il a échappé ... sur le moment on n'était pas conscient ... on pouvait pas vraiment prévoir qu'il allait sortir, n'empêche, il est sorti ! On a quand même bien une part de responsabilité ! Mais ... est ce que c'était prévisible ? On sait pas toujours ce qu'on va dire !
 - Ouais... Et ça par exemple, est ce que c'est un événement indésirable ou alors ... de l'erreur ?
 - *pause 10 secondes* Ben tout va dépendre des conséquences *rires*
 - C'est la gravité qui ... c'est ça ?
 - Le mot erreur est un mot violent... une erreur médicale, c'est quelque chose de ... qui a à priori des conséquences importantes... pour le patient ... et par ricochet pour le médecin qui a commis cette erreur.
 - Humm. Vous avez dit : « pas souvent confronté à cette ... à ça ... mais quelque fois on l'est, et ça marque » ...
 - Oui parce que je pense que dans nos carrières on fait tous des erreurs ou ... *rires* on déclenche des événements indésirables ... qui deviennent des erreurs... *rires*
 - Spontanément, vous avez des exemples de situations qui vous viennent, de votre pratique ?
 - Oui euh... ben y'a des choses euh... qui sont d'une grande banalité mais euh ... qui sont graves... ben le suicide... le patient que j'ai vu deux jours avant et qui se pend ... qui est venu parce qu'il n'était pas bien et qui se suicide... on n'a pas pu empêcher ça ...
 - Humm...
 - Et quand on revoit la consultation, on se rend compte qu'il y avait tous les éléments... pour que ça se produise ... et qu'on n'ait pas pu l'empêcher ... c'est pour moi une erreur ça.
 - C'est une situation difficile ... ça vous est déjà arrivé dans votre pratique ?
 - Ouais. Oui ... comme tout erreur de diagnostic ou comme toute erreur de prise en charge thérapeutique hein ... alors ce n'est pas forcément toujours aussi grave euh...
 - Huum
 - La patiente par exemple qu'on voit en fibrillation auriculaire... qu'on hésite à décoaguler... et puis paf ! elle fait son AVC ischémique ... dans la journée... c'est une erreur... C'est une erreur...
 - Huum...
 - Qui peut s'expliquer... on peut trouver des raisons ... on peut trouver des excuses... mais c'est une erreur. Avec des conséquences graves... Ca c'est une vraie erreur.
 - Tous ces exemples ... vous sont arrivés ?
 - Oui, oui. Parce qu'on a toujours des impondérables qui font qu'on n'est pas toujours apte à prendre la bonne décision, immédiatement ... dans l'urgence... ne serait-ce que parce qu'on est pas toujours sûr de son diagnostic.
 - Cette situation de suicide, c'était ... à quelle période de votre exercice ... au début ? ... récemment ?
 - Malheureusement, il y en a plusieurs qui se sont suicidés. Pas toujours dans les mêmes conditions. Celui auquel je pensais là... non, c'est pas très vieux, ça fait 7 – 8 ans. Patient connu, dépressif connu, traité... en cours de traitement... qui a consulté euh... « j'en peux plus ... je vais faire une connerie... » je sais plus les termes utilisés enfin, je les ai notés dans le dossier parce que bon j'étais bien conscient de ... Ben j'aurai du ... j'aurai du ... je sais pas faire quoi... euh l'hospitaliser au lieu de lui dire de revenir dans 8 jours « on en reparlera ... on verra ... » *visiblement encore affecté, voix émue* *sourir*
 - Huum...
 - Ca c'est des choses qu'on porte un petit peu ensuite... une croix...
 - Bien sûr... et ... de voir des gens dans une situation psychique similaire, en souffrance, ça vous a trotté dans la tête ?
 - *sourir* huum ... la pédagogie de l'expérience ... oh oui... même s'il n'y a jamais deux cas pareil hein... jamais deux situations identiques ... jamais deux individus similaires ... mais je pense que oui, ça sert de leçon. Entre guillemets et que ... on essaye sans doute avec le temps ... après d'être plus attentif encore... méfiant, ou d'agir différemment si c'est possible mais bon, on est deux dans une prise de décision et il faut que le patient soit en accord avec ça ... et si on veut hospitaliser, ils sont en général pas d'accord hein
 - Huum...
 - Donc c'est pas toujours très facile hein.
 - Oui... au début de l'entretien, vous avez utilisé le terme iatrogène, en disant « pas que la iatrogénie médicamenteuse hein, ... la iatrogénie des actes et des ... des ... mots que l'on peu avoir, qui peuvent aussi faire mal et être dangereux »
 - Oui, ben les examens complémentaires hein par exemple... quand il y a une réaction allergique... aux produits iodés, est ce qu'on a vraiment besoin de le faire ? Ca peut avoir des conséquences un petit peu plus graves, moi je pense qu'on et aussi iatrogène avec les mots. De temps en temps, on ne se rend pas compte des mots qu'on utilise ou de la façon enfin, c'est tout le non verbal qui peut être négatif. Moi je suis ... je pense plus particulièrement aux adolescents qui sont très sensibles à ça ... et au problème de surpoids... d'obésité de l'adolescent.
 - Huum...
 - C'est une classe d'âge où je fais très attention aux mots. Je reste persuadé qu'on déclenche des choses en leur disant « t'es trop gros ... trop... » Chez des gens qui sont fragiles, bien entendu.
 - Qu'est ce qui vous a amené à penser ça ? Vous avez eu le sentiment qu'une fois quelque chose s'était mal passée dans une relation avec un patient ?
 - Bien sûr... si c'était arrivé qu'une fois !! *rires* De temps en temps, on fait pleurer les gens... ce sont des choses qui arrivent... Alors est ce que c'est bien pour eux de pleurer parfois, j'en sais rien ... n'empêche, quand on déclenche des pleurs suite à une question, à une interrogation... c'est qu'on lui fait violence d'une certaine façon... Dans l'exemple de l'obésité euh... c'est des situations vécues personnelles qui n'ont pas de valeur

- générale mais j'ai eu une adolescente à qui on dit qu'elle est trop grosse ... j'en ai eu deux trois ... qui ont plongé dans l'anorexie mentale...
- Ah oui.
 - Au départ, elles étaient effectivement en surcharge pondérale, mise au régime etc. Et puis, deux après, elles avaient perdu trente kilo... Bon elles avaient des structures qui font que ça serait peut être survenu autrement aussi mais bon... quel a été le rôle catalyseur de la parole du médecin euh... je sais pas. Je pense que ça n'est pas anodin.
 - C'est des événements indésirables relationnels ça ?
 - Si ça ne perturbe que la relation médecin malade et que le patient va voir un autre médecin, ça n'est pas trop grave hein. Si ça induit un comportement pathologique, si les mots sont eux même pathogènes et que le patient continue... on a parfois de la peine à récupérer ça. La relation n'est pas forcément mauvaise.
 - Vous dites avec le « temps on devient plus méfiant »... ça passe par quoi ? Ça implique quoi dans la pratique ?
 - Oui ben ça, c'est l'Expérience hein... à mon avis aussi importante que la Connaissance. Et notre rôle vis-à-vis des étudiants, c'est de leur faire gagner un petit peu de temps dans l'Expérience. Je crois que c'est plus ça que de leur apporter des connaissances plus pures et dures. Oui, quand on a vécu des choses difficiles, on devient plus méfiant pour éviter d'avoir à les revivre.... Plus attentif mais être plus attentif, c'est une forme de méfiance hein. Je sais pas si le mot méfiance est le bon mot mais... c'est ce que ça voulait dire...
 - ... plus attentif ... ?
 - Plus attentif à des situations de ... plus prudent... oui, je mettrais plus le mot prudent que méfiant...
 - D'accord. L'aspect médicolégal là-dedans ? Il entre en compte ? Il aurait quelle part finalement ?
 - *Réflexion 5 secondes* Dans ma tête faible...
 - Huum...
 - C'est pas ça qui compte le plus... on est quand même relativement peu exposé au risque médicolégal... dans notre discipline.... Donc non, c'est pas ça qui vient ... le le ... le premier sujet qui va faire prendre une décision. C'est plutôt ben le patient... euh, la santé du patient... santé physique et psychique...
 - Il y a des choses qui ont changé de ces points de vue là dans votre pratique ?
 - *Réflexion 10 secondes* Oui ... oui mais je pense que c'est plus lié à l'évolution des connaissances... à l'évolution des techniques ... à l'évolution de la médecine globale...
 - Huum...
 - Il y a des gestes que je faisais que je ne fais plus ... Il y en a peu que je fais que je ne faisais pas ... C'est vrai que cela va plutôt dans la diminution... euh ...
 - Quels types de gestes par exemple ?
 - La suture toute banale, c'était quasi quotidien, alors que maintenant, j'en fais une par mois ... et puis comme on en fait moins, on a l'impression de perdre ses compétences. Moi je posais des stérilets au début... mes associés n'en posant pas, ils m'ont demandé d'arrêter ... mais ça c'est surtout lié à la conjoncture. Euh ... euh ... par exemple moi je faisais des anuscopies, autrefois, ben ... j'ai dû en faire une dans les trois années qui viennent de passer parce que maintenant on fait plus facilement des rectos ou des coloscopies... hein ... enfin on a des choses qui sont peut être moins agressives hein...
 - Huum...
 - C'est un geste un petit peu agressif pour les patients ... sur le plan psychique. Bon des choses comme ça... Qu'est ce que... ? Oui, si c'est là où le risque médicolégal apparaît un petit peu ... Moi je ponctionnais avant hein ! Je ponctionnais les thyroïdes hein *rires* Maintenant je le fais faire sous échographie.
 - ... Moins on fait les choses ... vous avez dit ...
 - Oui : moins on fait les choses, moins on sait les faire.
 - Dans votre pharmacopée ... ?
 - Ce qui caractérise l'évolution de la thérapeutique les vingt dernières années c'est euh... qu'on est devenu un peu plus intelligents *rires* Et que ... on prescrit en meilleure connaissance de cause des médicaments efficaces ou ... des médicaments non efficaces pour leur effet placebo... ou pour faire plaisir au patient enfin ça c'est autre chose
 - ... Ca ça a beaucoup changé par rapport à mon début d'installation, l'EBM on connaissait pas hein. La parole des Maîtres qu'on avait apprise elle était euh... la parole ... on appliquait... Là, maintenant, là aussi on est devenu plus prudent, plus critique... Et ça, ça a beaucoup changé... Donc moi j'ai des traitements qui bougent relativement peu... parce que maintenant les vraies nouveautés, elles sont rares...
 - Huum
 - On a un certain nombre de produits qui existent ... qui sont efficaces ... qui sont rares donc c'est relativement restreint hein
 - Muum ... oui ... Ces événements qui vous ont marqués, vous les avez gardés pour vous ?
 - *soupir*
 - ... ou vous en avez parlé autour de vous ?
 - Oui. Oui. *ton sérieux*
 - ... dans votre entourage professionnel ... ou ... ?
 - J'ai une femme qui est médecin ... déjà donc euh... théoriquement à l'écoute ... c'est pas toujours le cas parce que chacun ... on a tous d'autres sujets en tête hein et ... Non mais on reçoit des stagiaires *rires* Et les stagiaires, ça sert aussi à ça. Quand on partage ... Par exemple, ce suicide... il y avait un résident qui était là. Donc le poids, on l'a partagé à deux. Et il était pas mieux que moi hein.
 - Vous en avez parlé tous les deux ...
 - Oui ben ... on a pris ça en pleine figure tous les deux, on était deux. Qu'est ce que d'ailleurs ... ça aussi ça peut être quelque part, enfin un point d'interrogation : qu'est ce que la relation triangulaire a pu créer qui fait que ça s'est pas bien passé ? Est-ce que s'il n'y avait pas eu le résident, j'aurais été plus à l'écoute du patient ? C'était moi qui menait cette consultation – pas lui ... Je sais pas mais ça a fait parti de nos interrogations ... on a pas eu de réponse mais bon ... de savoir quel avait pu être l'effet – négatif – de la présence d'un tiers *ton affecté* dans une consultation qui était difficile ... et ... et qui a eu des conséquences dramatiques...
 - Vous pensez que cela a joué un rôle parasite dans la relation ?
 - ... je sais pas ... je sais pas ... il faudrait qu'on ait des enregistrements vidéos ... des choses comme ça !
 - Huum
 - A postériori ... pris ça en pleine figure mais je pense que ça fait parti de la dynamique de la relation... ça peut être parfois favorable, pousser dans le bon sens et puis, de temps en temps, être un frein, pas forcément pour le patient, mais aussi pour le médecin maître de stage qui doit gérer les deux hein ... c'est pas toujours facile de gérer le patient et puis ... voilà c'est ... c'est ... Mais j'ai pas de réponses. Ça fait parti des interrogations...
 - Vous avez parlé de « pédagogie de l'erreur », vous vouliez dire quoi ?
 - Ben quand on fait une erreur... médicale euh... soit par ignorance, soit parce qu'on a pas pris la décision adéquate parce qu'on a été parasité par ... quoi que ce soit... Ben ça marque. Je pense qu'on ne renouvelle pas ... la même, enfin, dans les mêmes circonstances...
 - ... par ignorance, avec un démarche de se former ... ?
 - Oui, oui totalement. Et le fait de partager l'erreur avec l'autre ...
 - Huum...
 - Ça dépend de l'autre hein ... S'il a envie de partager ou pas et s'il peut apporter quelque chose... mais ça dépend des circonstances et de l'autre...
 - Qu'est ce qu'il faudrait proposer selon vous aux médecins généralistes dans ce cadre là, des événements indésirables... ?
 - Ben ... maintenant ça existe... avant non mais je veux dire maintenant ... c'est les groupes de Pairs... et puis le Balint pour le relationnel. C'est quelque chose de nouveau – enfin, qui est apparu il y a une dizaine d'années – et qui est quand même, il me semble le lieu où on peut parler de ça ... quand ça marche bien. Je crois.
 - Le groupe de pairs, il a des vertus pour ça ?
 - La première vertu, c'est de démontrer qu'on n'est pas seul à avoir des problèmes ... la deuxième, c'est d'analyser effectivement ... de disséquer un petit peu ce qu'il s'est passé ... avec le regard des autres. Ça c'est

- quand même intéressant, ça permet de découvrir des choses. Et puis oui, troisièmement le fait d'avoir un soutien amical ou confraternel ... quand la distance est plus là *rires* pour ... oui ... euh, des difficultés.
- Humm... des événements indésirables, dans votre pratique, où un confrère intervenait également – généraliste ou spécialiste – vous en avez qui vous reviennent ... ?
 - Euh... euh... *réflexion 15 secondes* Là, j'ai pas choses qui me reviennent spontanément à l'esprit, mais j'ai une prise en charge euh ... très personnelle... enfin, si ce n'est pour des avis techniques. Donc les spécialistes comme je les utilise interviennent assez peu, au plan de la relation avec le malade...
 - Huum
 - On fait fonctionner le système comme ça ... chacun apporte sa pierre à l'édifice.
 - Huum...
 - Si ! J'ai un exemple qui me vient : Une patiente, qui vient me voir, parce qu'elle a des verrues aux pieds, Dieu sait si c'est banal ...
 - Huum... oui ...
 - Euh... et que ces verrues, elle venait pour avoir un traitement homéopathique ... parce que pendant un temps, j'ai été aussi homéopathe. Et... je regarde son pied, je lui dis : « C'est curieux, parce que quand même il y en a pas mal... » Elle avait déjà vu je sais plus qui ... bon ... je lui donne son traitement... et je la revois trois ou six mois après, les verrues étaient toujours là ... Et je la revois trois à six mois après, et les verrues étaient toujours là... *rires cyniques*
 - Huum...
 - Et ... euh... finalement, je dis « mais quand même, ça serait peut être bien d'aller voir le dermatologue parce que vos verrues, elles sont importantes, elles vous gênent un peu pour marcher euh... » Donc je l'envoie au dermatologue... Et le dermato me dit « c'est un mélanome » *pause 5 secondes* Alors c'était un mélanome, mais un mélanome rare, achromique. Hein. Ça ressemblait vraiment à des verrues ! Il a fait le diagnostic parce que ça lui semblait bizarre et que bon ...
 - Oui.
 - Il a fait une biopsie.
 - Huum
 - Bon donc erreur diagnostique... durable, prolongée... perte de chances pour le patient... opérée, j'étais pas très fier.... Elle s'en est sortie mais... quand même ... *rires désabusés* Ca c'est un exemple où l'avis du spécialiste a été utile. Quand c'est atypique, je crois qu'il ne faut pas hésiter à demander l'avis du spécialiste parfois.
 - Huum ... du coup, c'est une situation rare parce atypique ... Mais quand vous êtes face à de la dermato, vous avez recours à l'avis spécialisé plus souvent, par exemple ?
 - Non... Non, je me suis formé.
 - Huum... vous sentiez qu'au niveau compétences ... ?
 - Oui, oui ... voilà ... Donc je me suis formé un peu plus et je l'utilise pas plus qu'avant.
 - D'accord. Je vous remercie de m'avoir accordé du temps pour cet entretien.
 - De rien *rires*

Entretien N.

- Bonjour.
- Bonjour !
- Je m'appelle Marc Chanelière,
- Enchanté ! * rires *
- Je suis actuellement en sixième semestre et dans le cadre de ma thèse de Médecine Générale je réalise un travail. Ce travail porte sur la survenue d'événements indésirables dans la pratique des médecins généralistes.
- Huum... oui d'accord.
- Cela part de l'idée que dans la prise en charge d'un patient, le médecin généraliste peut être confronté à la survenue d'un événement indésirable, une situation inattendue...
- Ok.
- ... qui a des conséquences parfois importantes sur le malade. Mon hypothèse est qu'il y a aussi des conséquences sur le médecin, notamment sur sa pratique. Je réalise des entretiens auprès de médecins généralistes, enregistrés, anonymes, et je les transcris secondairement afin de les analyser. Et le but n'est euh ... pas de juger d'une pratique bonne ou mauvaise.
- D'accord ?
- D'accord ! Oui.
- Donc votre âge pour débiter cet entretien euh...
- Bientôt 47 ans.
- Et vous exercez la médecine générale depuis combien de temps ?
- Seize ans... seize ans en septembre ... octobre...
- Installation rapidement après la thèse ou ... ?
- Oui puisque j'ai soutenu la thèse en juin 1989 et que je me suis installé en octobre 1989 ... en rachat de clientèle [REDACTED]
- Huum...
- ... que j'ai pas gardée d'ailleurs...
- Et vous êtes resté combien de temps dans cette structure ?
- Deux ans...
- Deux ans ?
- Deux ans...
- Et ensuite ... ?
- J'ai créé un cabinet localement ... installation locale avec [REDACTED]
- Huum...
- En 1992... ouais c'est ça et euh... on vient de redéménager en septembre 2004 pour passer à 3.
- Le type de patientèle ?
- Euh ... * rires* je dirais une patientèle quand même majoritairement jeune de moins de 60 ans, beaucoup de « précaires »... il faut peut être s'entendre sur la définition des précaires... en tout cas, ça tourne euh ... et en même temps, je trouve des gens très fidèles... ça tourne quand ils s'en vont du secteur.
- Huum... Précaires parce que milieu social pas très favorisé ?
- Oui, c'est [REDACTED]. Pour être clair. Bon, en même temps, de part mon rachat de clientèle, j'ai une diversité intéressante parce qu'il y a des vieux patients... parce que j'avais racheté un gros gros cabinet à l'époque et euh... où le gars il allait jusqu'à [REDACTED] etc. Il tournait beaucoup et il y a des gens qui sont restés. Et puis aussi, bon, ... la ZUP ... hein et puis en même temps, ici ... le village ... très « établissement bourgeoisie » et j'ai aussi pas mal de gens là-dedans.
- Huum...
- Donc ça fait un exercice relativement varié... quand même... Quelques personnes âgées, mais peu : grosso modo 5 %, voilà.
- D'accord. J'ai employé « événement indésirable », c'est un terme qui vous est familier ?
- Euh... ça devient... ça le devient... parce qu'on en parle...
- Vous mettriez quoi derrière cette notion ? ... vous ... spontanément ...
- Spontanément, moi je mettrais quelque chose qu'on n'a pas envie qu'il se produise et qui nous casse les pieds * rires*
- Ouais...
- ...et qui casse les pieds... bon, et puis qui peut potentiellement être dangereux pour le patient... Et qui ... et qui pour moi euh Remet en question le raisonnement... Il faut reprendre... Il s'est produit quelque chose d'imprévu et il faut reprendre...
- D'accord et reprendre le raisonnement pour euh ...
- Adapter et ben ... euh ... d'une part adapter la pratique et d'autre part, revoir le patient pour rediscuter... pour rétablir parce que souvent, enfin à mon avis vraiment, ça peut rompre la relation médecin patient.
- Huum... donc une notion de ... de ... remettre à plat ?
- De remettre en perspective ... et puis reformuler. Et puis accepter de dire en face ben euh ... soit c'est quelque chose que j'avais pas prévu ... soit ça fait partie des choses qu'on pouvait prévoir mais euh, qui sont tellement euh... rares que on en a pas parlées...
- Huum...
- En tout cas, réexpliquer ... reprendre un temps de discussion avec quelqu'un en face qui est pour ... peut-être en demande...
- D'accord...
- Donc c'est vraiment des temps d'explication. Je suis ... je viens d'en vivre un donc je peux en parler tranquille ... * rires*
- J'ai une définition à vous proposer, c'est une définition qui est officielle. elle définit un événement indésirable en disant : « *il convient d'entendre par événement indésirable tout effet fâcheux immédiat ou différé sur la santé d'un patient ou d'une population survenu à la suite de soins préventifs ou curatifs.* » Elle vous inspire quoi cette définition ?...
- Euh... ça pourrait convenir en sachant que *réflexion 10 secondes* ... c'est une définition très floue hein ! Je trouve... ça englobe tout... Donc bon ... c'est une définition Ministérielle * rires* Donc ça englobe tout ...
- J'ai une autre définition à vous soumettre.
- Oui.
- « *Tout événement survenu dans la pratique d'un médecin, qui ne devrait pas se produire, qui n'a pas été anticipé et qui fait dire au médecin : "Ca ne doit pas arriver, je ne veux pas que cela se produise à nouveau".* » Qu'est ce que vous en pensez ?
- Ça me convient mieux ! ... surtout de mon vécu récent !
- Oui.
- Je pense à cette situation là parce que ça date de lundi...
- Oui... huum...
- C'est un effet indésirable ... euh ... répertorié... qui 'est produit. Mais il s'est produit, moi je pense à cause de la situation.
- C'était quoi cet euh... cet événement ?... Cette situation ?
- Donc en fait, j'ai vu une patiente de 70 ans, à peu près ... qui est algique euh... chronique... que je connais depuis longtemps... qui a mangé tous les anti-inflammatoires qui existent... qui consulte régulièrement un rhumatologue ... plein d'autres gens en dehors moi, qui me le dit parce qu'on discute bien euh... j'avais pas plus de compris que ça. Qui a eu longtemps un coxib * rires* contre mon avis * rires*
- Oui * rires*
- Et c'était paradoxalement le seul médicament qui soulageait ses douleurs diffuses et variées. Et puis, elle était folle furieuse car on a été obligé de le lui arrêter. Vu qu'il a été retiré * rires* Et donc je l'ai vue fin avril pour des douleurs. Elle me dit : « Je viens vous voir vous parce que je veux plus voir la rhumatologue ... machin ... » Bon ... ok
- Huum...
- On discute, bon, aucun antécédent autre que ça ... bon une prothèse de genou ... et elle venue me voir avec son mari ... un mari ... bon, très intrusif, qui se plaint toujours ... qui me dit à chaque fois la médecin ne fait rien, jamais rien pour personne ... etc. Un discours très ... En même temps, il n'est pas méchant... On discute, moi ça me fait un peu sourire tout ça... C'est un jeu.
- Huum.
- Et donc il m'a un peu noyé lui aussi ce jour et puis à la fin, elle avait aussi horriblement mal, elle voulait des anti-inflammatoires, je lui ai dit que je lui mettais du Biprofenid. Et puis j'ai plus eu de nouvelles... Fin avril – début juin ...

- Humm oui...
- 10 jours de Biprofenid voilà. Et puis, il me téléphone vendredi dernier en me disant : « Je voulais vous parler, il y a quelque chose qui me tracasse, ma femme a fait une perforation digestive. On a été obligé d'appeler en urgence, à cause de vous ... parce que vous lui avez donné un médicament sans lui donner de protecteur anti acide gastrique. » Comme ça. Bon je lui ai dit « Ecoutez, si j'ai fait une bêtise, je m'en excuse... je veux bien en discuter ». Donc ils sont venus à deux, lundi, on a passé quarante minutes à discuter très ... bonne discussion en fait... J'ai repris le dossier avec la patiente, qui m'a dit : « moi, mon mari me casse les pieds... j'ai entièrement confiance en vous, c'est pas de chance... » On a repris le dossier, elle n'avait pas d'antécédent digestif ... aucune raison de la mettre sous traitement anti acide ... ça fait des années qu'elle bouffe des anti inflammatoires, il a fallu que ça tombe comme ça !
- Oui.
- *rires* Donc voilà, le temps de discussion important. Et qui a été je pense, très ... euh ... très intéressant pour moi parce que j'ai appris encore à discuter, à ... et à argumenter. On a pris le Vidal, on a regardé ensemble... Un temps ... c'était vraiment un temps de l'éducation finalement. Et ça m'a moi appris, parce que j'ai probablement modifié ma façon de parler... * coup de téléphone pour prise de rendez-vous, 1 minute* Et pour elle parce que le monsieur qui était sur sa réserve au début de l'entretien, il était encore plus négatif que d'habitude... il a terminé en disant que de toute manière, la confiance qu'il avait en moi, ne serait pas modifiée... qu'il avait apprécié ce moment là. Et la dame a dit que j'étais adorable, et qu'on pouvait discuter avec moi et que c'était bien *rires* Elle m'a dit : « De toute manière, c'est comme ça et vous n'y pouvez rien... c'est pas grave »... Si ! alors ça aurait été potentiellement grave, elle a pas fait une perforation en fait, elle a fait une hémorragie digestive haute, avec des mélaenas.
- Huum...
- Et surtout, ils ont été très choqués que ... enfin je n'en n'ai pas été informé !
- Bien sûr ...
- Les spécialistes du secteur qui ont été consultés ... deux fois chacun ... le rhumatologue et le gastro-entérologue, qu'ils ont ... dans les deux mois, enfin, mois et demi on va dire, ne m'ont rien envoyé !
- Huum...
- Donc je n'étais pas au courant !
- Ça, c'est un événement indésirable ? ...
- Oui !! Personnellement, je trouve ça frustrant, scandaleux et exaspérant ! *rires*
- Oui... Et informer vous auriez fait autrement les choses ?
- Oui. Parce que vendredi, le gars m'a appelé, il était extrêmement agressif, pas parce qu'elle avait fait une hémorragie digestive mais parce que je ne m'étais pas manifesté ! C'est ça ! Je lui ai dit : « Attendez, je découvre ! »
- Et auprès des collègues spécialistes, vous ... allez faire une démarche ?
- Euh ... *rires* J'ai vieilli donc je vais peut être faire une démarche, mais à froid...
- A froid ?
- *rires* D'autant qu'un des deux spécialistes, j'étais déjà allé la voir la rhumatologue il y a une dizaine d'années d'une manière euh ... violente en fait ... euh ... donc j'ai pas trop envie d'aller réagir à chaud avec elle ...
- Huum... et avec les AINS maintenant ?
- Ah ben déjà oui il y a une méfiance. Dans le contexte, c'était une demande de la patiente, suite à des consultations itératives de rhumatologie... prescription de coxib, donc des tas de choses qui se sont faites contre ma volonté. Donc c'est difficile... il faut savoir l'accepter ... bon, ça arrive quand même. Et puis on n'est pas Dieu tout puissant ! Les patients vont voir ailleurs. Mais déjà, c'était contre ma volonté.
- Huum... avec quelque chose qui déjà vous ... ? ... alarmait ?
- Euh ... non. *pause 5 secondes* Non, parce que je l'ai prescrit in fine ... sans IPP parce que pour moi, elle n'était pas dans un risque... Je lui ai dit : « Pour moi,
- vous n'étiez pas un personne à risque. Donc j'avais aucune raison de vous donner une couverture. »
- Et du coup maintenant ?
- Maintenant je vais en prescrire encore moins ! *rires*
- Et les IPP ?
- J'ai peur que ça joue ... inconsciemment... je pense que ... enfin, j'en sais rien mais j'ai peur de prescrire des IPPP avec des AINS à des gens sans facteur de risque et là les labos de pharma ben c'est bon ! *rires*
- Vous avez eu d'autres situations où des événements sont survenus sans que vous ayez pu « les anticiper » ?
- Euh ... Si on prend comme définition « événement indésirable survenant de manière imprévu » pas tant que ça ... mais euh, y'a eu une ou deux fois où je me suis dit que je suis passé à côté d'un diagnostic...
- Huum...
- Au moins une fois où j'ai pas vu un tableau clinique de conférence d'Internat d'ischémie aigue du membre inférieur... qui m'était raconté de manière extrêmement précise par le patient.
- Oui...
- Et que j'ai pas vu pendant une quinzaine de jours ... jusqu'au moment où je l'ai envoyé chez l'angiologue qui m'ai dit mais c'est un tableau typique d'ischémie aigue du membre inférieur, il a du boucher son artère ... donc j'étais bien embêté...
- C'était au début ça ?
- En ... euh ... en 1993 m'enfin ça faisait quatre – cinq ans que j'étais installé... Pour faire l'historique de cet événement là... c'est un monsieur, déjà à l'époque à la retraite, mécanicien, qui venait de perdre sa femme et qui le vivait très mal ... que je voyais à l'époque beaucoup pour ça ... euh ... un état dépressif, euh, il allait pas bien. Qui est venu consulter pour une douleur du pied, que j'ai rattaché au début à de l'arthrose ... et puis qui allait pas au bout de quatre – cinq jours ... je me suis donc dit que ça pouvait être vasculaire... et ... *ton change, tranché* LE CONTEXTE ! C'est pareil : je lui ai dit, vous allez aller voir tel angiologue avec qui je travaille, ... qui est au bout de Lyon *rires*... Il me dit : « non, moi je reste ici, je veux pas aller à l'autre bout de Lyon... » Bon, je lui dit vous faites ce que vous voulez ... il va voir une angiologue qui s'était installée dans le coin ... J'ai demandé un doppler veineux du membre inférieur ... sans préciser artériel ou veineux d'ailleurs... et donc, il va voir cette angiologue qui fait un doppler, et qui revient normal ... et moi je tilte pas sur « pas de TVP. Doppler normal »
- Huum.
- Et donc le monsieur me dit « Y'a rien ». Bon, tant mieux, ça doit pas être vasculaire... Mais le monsieur m'appelait tous les deux jours pendant 7 – 8 jours, en me disant « c'est terrible, j'ai vraiment très très mal au pied. Il est tout blanc, tout froid... et la nuit je suis obligé de le laisser pendouiller et de le balancer pour avoir moins mal ! » Et donc en fait, je lui ai dit au bout de dix jours ... ouais ... de ce cinéma là : « je suis désolé mais l'angiologue elle a beau dire que tout va bien, moi je pense qu'il faut refaire un doppler. » Donc il a accepté de traverser Lyon, un mardi matin, l'angiologue m'a appelé en me disant que c'était une ischémie aigue ... j'étais ennuyé.
- Huum...
- « Tu n'y avais pas pensé ? » « Ben, si ... j'avais bien pensé que c'était vasculaire mais, le doppler normal ... » « Ben écoute ... dis donc ... je veux pas parler de ma conscience mais ... » Voilà !
- Ouais...
- *rires* Il a eu une endartériectomie en urgence ... on ne lui a pas coupé le pied mais ... c'était limite ! *pause 1 minute, prise de rendez-vous* Epilogue : il a été opéré, il a fait une embolie pulmonaire dans les suites... il a fait donc un peu de réa ... il a été en maison de repos... Bon, bref, ça c'était juillet et je l'ai revu en octobre, à la sortie de la maison de repos... donc j'ai pas donné de signe de vie pendant deux mois et demi à peu près. Parce qu'il était dans des hôpitaux à droite à gauche ... et c'est lui qui m'a appelé en me demandant de venir le voir pour la suite après sa sortie ...
- Humm...
- Donc j'y suis allé ... en visite ... et là pareil, on a beaucoup parlé ... une bonne heure ... j'y suis allé et je lui ai dit que je m'étais senti pas très bien. En fait.

- Pendant un bon moment. Et il m'a dit « Vous aviez raison, parce que je vous en ai beaucoup voulu au début. »
- Oui ?
 - Oui, c'est lui qui m'a consolé après. « C'était pas de votre faute... Je vous avais pas expliqué les choses comme il faut... et en plus, c'est à l'angiologue la première à qui j'en veux vraiment beaucoup parce qu'elle m'a fait n'importe quoi. » Je lui ai dit qu'on ne pouvait pas dire ça comme ça ... Que j'avais demandé qu'un doppler ...
 - Huum...
 - « Oui, mais si elle connaissait son boulot, elle aurait fait un doppler artériel et veineux. » Voilà.
 - Et du coup, vous le suivez toujours ce patient ?
 - Oui.... Oui oui.
 - Et ... il y avait de la culpabilité au début ?
 - Ah oui. Oui, au début je me sentais vraiment très très mal. Potentiellement, une amputation du pied enfin ! Une conséquence gravissime pour la vie du patient, d'ailleurs il a dit que si on lui avait coupé le pied, il m'en aurait voulu vraiment beaucoup parce que « ç'aurait été vraiment trop difficile pour moi. »
 - Mal à y penser La nuit ?
 - Euh ... mal à y penser au moins chez moi le soir ... ça m'a pas empêché de dormir, mais oui je dirais, à y penser en dehors du boulot ouais ! *ton affecté*
 - Vous en parlez ?
 - J'en ai parlé à ma femme en fait... elle n'a pas de chance car elle sert d'exutoire ... et puis comme elle est médecin, elle comprend.
 - Et ça arrive souvent ?
 - Ah oui oui, même pour de petites choses hein. Qui ne sont pas de la même catégorie, elle me débrieife beaucoup. *rires*
 - Et la collègue angiologue, la première ... vous lui avez adressé ensuite des patients ?
 - NON ! Ah non ! ... elle est partie. Elle n'avait pas une activité suffisante ...
 - Et vous en avez discuté avec elle ?
 - Non, c'est le problème. Il y a quinze ans, j'étais un peu impulsif j'allais voir le gens. Au jour d'aujourd'hui, [REDACTED] donc du coup quand on laisse passer, moi après, y'a le tourbillon, y'a le flot ... et on se dit on va embêter quelqu'un ... alors ...
 - Il y a un truc un peu paradoxal dans ce que vous venez de me raconter, entre le tableau typique qui vous inquiétait, votre sens clinique et ... le délai ...
 - Oui ! C'est l'illustration je pense du problème qu'on de faire ... euh ... de faire trop confiance aux examens paracliniques. On se fie pas à notre sens clinique et c'est dommage.
 - Humm...
 - Et franchement depuis, ça fait une dizaine d'années ... je fais confiance à ma première impression qui à demander des examens euh qui reviennent normaux mais tant pis ...
 - Donc vous en demandez plus ... plus souvent ? de manière plus ... quand quelque chose vous gêne ?
 - De manière plus systématique quand je suis convaincu qu'il faut le faire. C'est-à-dire que j'hésite moins qu'au début où je freinais des quatre fers... pour plein de choses.
 - Huum...
 - Imagerie ... biologie parce que je me disais que les gens étaient demandeurs. Je pense qu'aujourd'hui je suis plus prescripteur d'examens qu'il y a dix ans ...
 - Même si cela peut aller à l'encontre de certaines recommandations ?
 - Ouais. *rires* A partir du moment où je pense que j'ai besoin de ça pour avancer, je fais.
 - Sans ... vous en voulez de sortir du cadre ?
 - Beaucoup moins. Beaucoup moins. De temps en temps, c'est un peu border line ... des cas « Qu'est ce que je fais ... ? » mais c'est pas si fréquent !
 - Huum... Euh ... « l'erreur médicale » vous la positionneriez comment par rapport « l'événement indésirable » ?
 - Ben moi je pense que l'erreur médicale c'est ... c'est ... ben pour ce monsieur, j'ai fait une erreur médicale. *rires* Parce que j'ai fait ... une erreur de diagnostic, en plus j'avais les données. C'est-à-dire, je me suis trompé alors que j'avais toutes les données pour faire le diagnostic... Alors que la dame qui a bouffé des AINS et qui a fait son truc, ben c'est un événement indésirable ... je n'ai pas fait de faute ... Pour moi, l'erreur est connotée faute. Dans l'événement indésirable, il n'y a pas forcément de faute.
 - D'accord. Et la culpabilité ? Elle est inhérente à quoi ... ?
 - ... plus ... *réflexion 5 secondes* plus à la faute...
 - Plus à la faute ?
 - Oui ... plus à la faute, même si pour la dame je me suis senti – mais très brièvement – au coup de téléphone un peu coupable en me disant « Tient, merde elle a fait un truc... j'aurais peut-être pu le prévoir » ... Là, avec ... j'ai entraîné longtemps une culpabilité avec cette artère ... même si le monsieur il m'a déculpabilisé *rires* Bon le sentiment de culpabilité il s'est évacué, on a discuté avec le monsieur ... *rires*
 - Donc la parole, elle a cette vertu aussi ?
 - Oui, ... je suis de plus en plus convaincu que c'est important de discuter. Même s'il faut pas faire que discuter. Donc oui ... et c'est pour ça que ... c'est la première fois que je fais revenir quelqu'un, la dame, avec son anti inflammatoire ... que je fais consciemment revenir quelqu'un en lui disant : « Venez, il faut qu'on parle de ça. Venez. » Je vois pas dans ces dernières années de situations identiques. Je touche du bois *rire*.
 - Huum
 - Y'en a pas tant que ça, je crois...
 - Y'a d'autres choses qui ont changé depuis votre début ?
 - J'écoute plus. Le revers de la médaille, c'est que pour l'examen clinique ... je vais plus à l'essentiel clinique et parfois il y a des surprises. Et ce que j'essaie de garder, c'est l'esprit en éveil. Je me souviens de plusieurs situations, où à la discussion je me dis « Je vais examiner ça. » Avec mon idée... préconçue ... et au décours de l'examen clinique, je modifie. Rester en éveil tout le temps là-dessus... Il faut que je fasse attention à ça, il y a plus de temps consacré à l'écoute qu'à l'examen ... sauf geste technique évidemment.
 - Huum...
 - Mes consultations démarrent systématiquement par la question ouverte.... Et j'attends. Ça je le faisais moins avant. Et j'ai intégré plus ou moins spontanément les techniques d'écoute... de relance ... de reformulation ... utilisation des mots importants.
 - Oui...
 - Mais on ne peut pas réduire la relation à l'écoute ... on peut se tromper ... ou mal entendre... ou mal formuler... se faire une idée... et si on n'est pas près en permanence à se dire on s'est trompé... enfin, attention : reconsidérer.
 - Huum...
 - Une autre dimension, l'aspect médico-légal... j'y arrive pas bien *rires* à envisager cet aspect. Je devrais.... Semble-t-il d'après mes internes. *rires francs*
 - Ils vous reprochent quoi par exemple ... ?
 - Ben ... puff.... La première chose qu'ils disent, souvent, quand ils arrivent en stage ...
 - « Ah ! Mais vous recevez des jeunes filles de 14 ans sans leurs parents ???!! »
 - Huum....
 - Ben oui, je la connais depuis qu'elle est née ! *rires*
 - Oui...
 - C'est une très forte angoisse à ce niveau là je trouve.
 - Humm...
 - De la part des internes. Et puis il y a pleins de gestes techniques que je fais ... des examens gynécologiques... recevoir des ados sans leurs parents, c'est récurrent.
 - Huum...
 - Et puis aussi vérifier que ce qu'on prescrit est en adéquation et qu'il y a pas de risque médico-légal derrière. Ça, je trouve que c'est une idée qui est très prégnante chez les jeunes que j'ai pas.
 - Oui ?
 - Oui, alors, je commence à faire attention, parce que j'ai été confronté au problème il y a trois quatre ans...
 - Ah oui ?
 - Une jeune de 22 ans qui m'a reproché d'avoir tenté d'abuser d'elle ...
 - D'accord...

- Alors que c'est une fille que je connaissais depuis ... euh ... fouuu ... tu vois ?
- Oui.
- Heureusement, elle était majeure. Et Donc ... ça été réglé assez vite. J'ai rencontré les parents – je connais toute la famille - ... j'ai dit que d'une part je voulais plus la revoir *rires cyniques* Et d'autre part que s'il y avait vraiment un problème, il fallait qu'elle porte plainte, et moi aussi je porterais plainte. Voilà.
- Et ?
- Je la vois plus.
- Et la famille ?
- La famille oui oui. Ils m'ont dit : « Notre fille a pété un câble ... on sait pas ce qu'y se passe... » Et ben vous serez gentils de lui dire qu'elle arrête de dire dans tout le quartier que le docteur il viole les jeunes femmes ! Ca serait sympa ! *rires* Ca s'est tassé apparemment, parce que j'en entends plus parler.
- Huum...
- Mais ça m'avait beaucoup perturbé à l'époque.... Beaucoup. C'est peut être un événement indésirable ?
- Et ça a changé quelque chose derrière dans ces situations ... euh ?
- Ouais. Ouais. Je suis moins familier. Y'a des gens que je connais depuis seize ans qui me disent « oh, ben vous êtes plus comme d'habitude. » Parce qu'en fait, le risque il est là aussi. C'est d'être trop familier. C'est pas ça non plus la Médecine.
- Huum
- Et comme par tempérament, je vais vers les gens, je suis dans le ... tactile ... ça peut engendrer des confusions et ça j'ai compris ça.
- ... A l'issue de ... enfin après ...
- Après cet épisode là. Il faut faire attention, on a quand même un statu... On n'est pas les amis des gens. On est des soignants.
- ... la distance ... ?
- Ouais, je crois que c'est ça. Très important et euh... ce que je disais souvent ... et que je dis encore plus c'est qu'il faut pas essayer d'être en sympathie avec les gens. On est fusionnel, et là, on se fait du mal. Mutuellement.
- Huum...
- Empathie ok, mais pas la sympathie.
- Vous avez eu d'autres événements indésirables dans votre pratique qui touchaient votre affect ?
- Oui. Alors c'est les gens qui te disent qu'ils veulent plus te ... viennent plus te voir mais on sait pas pourquoi. Ca c'est désagréable. Pas pour le fait qu'on ne les voit plus, mais parce qu'on ne sait pas pourquoi !
- Humm...
- Là, y'a la maman d'un patient... que je suis depuis longtemps qui ne veut plus me voir... JE SAIS PAS POURQUOI ! *Ton affecté*
- Un patient euh ... jeune ?
- Non, non, lui il a une cinquantaine... lourd, AVC, hémiplegie ... qui récupère, qui vient me voir souvent ... sa maman à soixante douze ans et euh ... ça fait six mois que je la vois plus alors que je la voyais pour ses renouvellements...
- Oui...
- Et euh... JE NE SAIS PAS POURQUOI. J'en ai parlé avec lui Il m'a dit « je ne veux pas en parler ... ma mère elle est pénible... » ... des italiens ... *rires* « ma mère est pénible, elle a un sale caractère ... elle vous en veut ... »
- Huum ... ah oui ...
- Mais pourquoi elle m'en veut ? Pourquoi elle m'en veut ? « Oh vous avez qu'à lui demander, passez la voir ! »
- Vous pensez qu'il sait ?
- Oui, lui il sait, il veut pas le dire.
- Et c'est ... ce « goût » ...
- C'est désagréable. Parce que « pourquoi ? » Après si elle veut plus me voir parce que j'ai pas été gentil ou pour une raison X ou Y... ok. Le problème je me dis toujours « est-ce que j'ai commis une erreur ? »
- Huum...
- C'est ça la vraie question.... Et si j'en ai commis une, j'aimerais le savoir pour – au moins – ne pas la refaire.
- Ouais.
- Au fond de moi, c'est ça. Euh... des erreurs, on en fait... Il faut qu'elles nous servent.
- Huum...
- Ca ne peut nous servir qu'à ne pas les refaire. Donc apprendre, c'est comme ça aussi. On apprend de nos erreurs. Je crois qu'il faut rester aussi ouvert à ça. Toutes nos vies de soignants. On apprend tous les jours.
- Huum.
- Un peu.
- Et qu'est ce qu'il faut proposer aux médecins généralistes ?
- Ben je crois qu'il y a des gens qui arrivent à s'en sortir à ce niveau là... Il y a des gens qui font du Balint, donc là ils peuvent parler. De leurs problèmes ... à eux, de soignants. Moi je suis pas très Balint, je suis pas très ...
- Ca prend en charge l'aspect psycho relationnel Balint ... ?
- Ouais. Ouais. Et c'est moins technique... Depuis quelques temps, je discute de ces choses là en groupe de pairs, ça c'est pour moi un bon moyen.
- Humm...
- Et je trouve le problème, c'est qu'on est vraiment élevé dans la solitude de ça. On doit se débrouiller avec tout ça. Et c'est très difficile parfois. C'est très frustrant. Et ... parfois c'est lourd.
- Oui.
- La solitude...
- Un isolement du médecin généraliste ?
- Sur cet aspect là. Alors moi je m'en sors avec ma femme ... la pauvre *rires* Et avec les groupes de pairs de plus en plus. On partage nos situations éprouvantes. Le groupe de pairs, par rapport au Balint, ça donne des moyens techniques. On est entre pairs, et dans ces situations là, ça donne des clefs.
- Ca rassure de voir comment les autres font ?
- Mieux ou pas mieux. *rires* Ou différemment... Voilà.
- Merci de m'avoir accordé cet entretien.
- Mais de rien !

Entretien O.

- Merci de me recevoir. Je m'appelle Marc Chanelière... je ne me présente pas davantage car vous me connaissez par ailleurs. *rires*
- Oui ! Un peu ... *rires*
- Je vous ai contacté pour ma thèse sur les événements indésirables.
- Oui...
- L'idée générale étant que lorsqu'on prend en charge un patient en tant que médecin généraliste on peut être confronté à la survenue d'événement ou de situations inattendus qui peuvent avoir des conséquences sur la santé du patient.
- Oui.
- L'hypothèse que je formule, c'est que ça peut aussi avoir des conséquences sur le médecin parfois.
- Oui.
- Je réalise des entretiens, anonymes, qui sont retranscrits ensuite. Le but n'est pas de juger de la pratique, bonne ou mauvaise, d'un médecin mais juste de discuter un peu de ce sujet.
- D'accord.
- Avant de commencer j'ai besoin de données générales.
- Bien.
- Vous exercez la médecine générale depuis combien de temps ?
- Euh... soixante seize.
- Vous vous êtes installée en quelle année ?
- Euh ... soixante seize... une année à [REDACTED] et depuis à [REDACTED]
- Toujours dans le même cabinet ? euh ...
- Depuis soixante seize toujours dans le même cabinet ... enfin, qui a bougé géographiquement. Dans le même quartier.
- Votre type de patientèle, de manière globale ?
- Alors c'est globalement actuellement ... quarante pour cent de gens très défavorisés, d'origine étrangère, avec une forte communauté turque, une forte communauté maghrébine... euh... actuellement pas mal de comoriens... Après c'est varié, enfin, pas mal de gériatrie parce que les gens vieillissent, pas mal de pédiatrie, beaucoup de gynécologie, beaucoup de psychiatrie, et puis un petit pourcentage enfin, cinq pourcent selon les statistiques, de gens qui viennent d'assez loin... Par exemple, un patient qui me pose pas mal de problèmes qui est entre Nancy et Paris et qui ... un peu difficile, complications oculaires ... c'est pas toujours simple ! *rires*
- Oui.
- Un autre qui est dans [REDACTED] avec de gros facteurs de risque cardiovasculaire donc j'ai un pourcentage non négligeable de gens qui viennent... qui restent accrochés malgré le médecin traitant et c'est ... difficile.
- Et pour finir, en m'excusant par avance, euh... vous êtes âgée de ... ?
- *rires* oh là alors c'est une bonne question euh ... cinquante huit ans... bientôt. Cinquante sept encore. *rires*
- *rires* J'ai employé le terme d'événement indésirable ... est-ce que c'est un terme qui vous est familier ?
- Euh... Alors moi justement j'aimerais bien parce que pour moi justement, il y a les erreurs involontaires. Et je dirais plutôt les erreurs involontaires quand je pense aux événements indésirables ... Les événements indésirables, c'est les effets secondaires des médicaments, mais moi j'y peux rien à ça... c'est pas ma faute. Là où je peux me sentir coupable, c'est sur une erreur involontaire, c'est-à-dire quelque chose que j'ai fait parce que je n'y ai pas pensé. Ou ça ne m'est pas venu à l'idée. Enfin, si l'évocation d'un diagnostic ne m'est pas venu à l'idée, c'est que j'ai pas posé les bonnes questions hein. Donc il y a des conséquences pour le patient...
- Huum ... je vous réponds parce que peut être vous aimeriez que moi-même j'explique ce terme ...
- Oui !
- En fait, ce qui m'intéresse c'est ce que vous mettez spontanément comme notion etc. derrière ce terme d'événement indésirable. Voilà.
- Alors spontanément quand vous me dites « événement indésirable », je pense à effets secondaires des médicaments.
- Oui, d'accord... et ensuite, il y a d'autres choses qui viennent pour vous ?
- Euh ...
- Cette « erreur involontaire » aussi, c'est ça ?
- Euh, erreur involontaire de ... oui, erreur involontaire c'est-à-dire un patient dont le bon diagnostic n'a pas été posé... au bout d'un moment où une erreur de... enfin, ça m'est arrivé une fois enfin... euh ... qui aurait pu être embêtante de prescription médicamenteuse qui a pas été corrigée par le pharmacien.
- Huum...
- Euh, une autre fois aussi – enfin c'est ce que j'ai dans la tête – une autre fois aussi, c'était pas vraiment une erreur de prescription, mais une mauvaise interprétation donc si ça a mal été interprété, c'est possiblement que c'était pas bien libellé... *rires* une maison de retraite, avec de la digoxine... Alors quand les conséquences sont pas graves ... que ça fait pas de vagues, alors ça passe ... mais après ça permet d'être plus vigilant... mais événement indésirable moi, la première chose, c'est les effets secondaires des médicaments, ceux pour lesquels moi j'appelle la pharmacovigilance ou je regarde le Vidal. Après ...
- Huum...
- ... les erreurs ... où je me dis j'ai certainement fait une erreur... Alors, on fait jamais une erreur volontairement hein, et j'essaie de voir pourquoi... enfin qu'est ce qui a pu me conduire à l'erreur...
- Huum...
- Enfin, c'est un petit peu ... *semble pensif 5 secondes* ... là j'ai un cas récent, qui m'a un petit peu ennuyée mais je ... je ... enfin on sait pas de quoi il est mort parce qu'il n'y pas eu d'autopsie... Enfin, erreur c'est peut être pas le bon terme parce que ... je pense à ce monsieur là, je sais pas de quoi il est mort, j'a l'impression d'avoir fait le tour de la question... mais maintenant je me dis, j'aurais quand même du lui faire un électrocardiogramme... mais je l'ai pas fait parce que sur le moment, ça m'est pas venu à l'esprit... son tableau, ce qu'il me disait m'évoquait pas du tout euh... Donc après c'est très compliqué quand on ré envisage les choses.
- ... du ... à posteriori... C'était un patient que vous suiviez depuis longtemps ?
- Alors c'était un patient que je connaissais très bien, un de ces patients qui venaient de loin, enfin, pour moi c'est loin c'est Saint-Genis-Les-Ollières... donc pour moi ça fait loin, c'est pas du tout mon quartier, que je suivais depuis très longtemps, qui avait donc une hypertriglycéridémie mais le truc très très gros, enfin qui a du monter à treize ou quatorze grammes... donc qui était sous Lipur, et qui avait aussi un début de polynévrite parce qu'il... c'était un buveur excessif, triglycérides dépendant ... enfin, c'était très long. Alors il y a eu plein d'épisodes dans sa vie, enfin par exemple je lui avais fait un hémocult qui était positif, il a absolument pas voulu faire de coloscopie parce qu'il disait j'ai mangé du boudin, c'est ça... Donc je l'ai convaincu de faire un deuxième hémocult, qui est revenu positif, il a quand même fait une colo, il y avait un polype, euh... vilieux...
- Huum...
- Donc ça, ça a été un de ces épisodes, bon ... c'était un monsieur qui prenait pas mal de risques, il est tombé un jour de son cerisier, il s'est fait sept fractures de côtes, bref, le truc un peu gros... Bref, il est venu me voir là cet hiver, il se plaignait ... donc il a eu un syndrome grippal, il se plaignait d'être essoufflé avec une douleur que d'un côté du poumon. Et j'ai pas du tout pensé que ça pouvait être ... en plus, il était réveillé la nuit, par cet essoufflement, donc il avait du mal à reprendre son souffle... que d'un côté... sans température, il marchait pas beaucoup mais il était quand même venu me voir, il était pas spécialement essoufflé en parlant, il avait pas d'œdème... il avait pas de tension, j'ai pensé à pneumothorax et j'ai pensé à embolie pulmonaire... il avait pas de signe de phlébite... je lui ai fait faire une radio pulmonaire et une numération ... un bilan biologique quoi, tout est revenu normal...
- Huum...

- Et en fait, il est mort quarante huit heures après... la nuit !
- Huum...
- Bon possiblement il a peut-être fait un infarctus, j'en sais rien, mais il avait pas une douleur enfin ... Donc je sais pas ce qu'il a fait ! Le SAMU a dit qu'il ne savait pas pourquoi il était mort. La famille m'a appelée donc pour l'instant la famille n'a pas manifestée. Mais je m'en veux ... enfin, je m'en suis voulue un peu de ne pas avoir fait un électrocardiogramme. Parce que bon possiblement il avait euh une angine de poitrine ou un truc... Alors c'est vrai que c'est pas simple... *semble affectée* C'est le seul cas qui a terminé par le décès du monsieur mais enfin. *pause cinq secondes* Voilà pour moi ça c'est ... c'est pas vraiment un effet indésirable ...
- Huum...
- Ça m'interroge si tout ce que j'ai fait... tout ce qu'il fallait quoi ! *rires* Alors je sais pas si c'est ça votre thèse !?
- J'ai une définition à vous proposer, issue de publications officielles du Ministère de la Santé : *Par événement indésirable, il convient d'entendre tout effet fâcheux, immédiat ou différé, sur la santé des individus ou des populations, survenu à la suite de soins préventifs ou curatifs.*
- Ah ! *réaction immédiate du médecin*
- Que vous inspire cette définition ?
- Oh là la ! *rires* Euh et bien que là j'ai un autre énorme problème... ça sur la prévention... enfin le dépistage plutôt. Non mais c'est une bonne ... une bonne ... c'est une définition qui est très large par contre. Parce que ça inclut plein de chose. Et là j'ai un autre cas qui est sévère et où ... ça n'est pas de notre faute ... enfin, je me sens pas coupable je dirais mais quand même un peu responsable. C'est un monsieur à qui j'ai fait faire des PSA.
- Oui...
- Alors je ne me rappelle plus – parce que je ne note pas assez dans les dossiers – si c'est lui qui m'avait demandé ou si c'est moi qui lui avait proposé. Toujours est-il que ce mec ne se plaignait de rien ! Rien ! Soixante sept ans. Il allait très bien. PSA élevés. Biopsie, Gleason 8.
- Mumm...
- Prostatectomie. Incontinence. Impuissance. Rayons. Et maintenant euh, chimiothérapie. Incontinence. Impuissance. Donc ce mec là, qui allait très bien, parce qu'il y avait des PSA élevés se retrouvent incontinent, impuissant. Et là euh... je m'en veux... j'étais pas du tout portée déjà à faire des PSA. Et c'est vrai que c'est un peu en en discutant en groupe de pairs avec les collègues... Alors je me rappelle plus du tout si c'est moi ou lui mais je l'ai pas dissuadé celui là. Et que les PSA maintenant, j'évite d'en parler ! *rires* Alors peut-être que je ferais des erreurs dans l'autre sens. Enfin, pour moi, ça c'est vraiment pas simple. Pour moi, c'est vraiment un truc je m'en veux beaucoup parce que ... ce monsieur, même s'il avait un cancer de prostate évolutif, de toute façon, on lui a piqué une année au moins de ... de bien-être.
- Mumm... Donc l'application sinon d'une recommandation, d'un démarche induit ...
- Oui, enfin, c'est encore la recommandation de la Société d'urologie ! Quand même ... induit à mon sens, enfin, pour ce monsieur, une perte de qualité de vie au moins pendant un an sans probablement lui faire gagner du bénéfice en terme de durée de vie...
- Humm... Le patient le vit mal ... ?
- Le patient le vit très très mal. Alors lui c'était plutôt son agressivité, pourquoi on n'avait pas fait des PSA avant.*rires* Je me dis, heureusement qu'on les a pas faits avant ! Six mois de plus de perdu de qualité de vie.
- Je vous en propose une seconde.
- D'accord.
- *Tout événement survenu dans la pratique d'un médecin, qui ne devrait pas se produire, qui n'a pas été anticipé et qui fait dire au médecin : "Ca ne doit pas arriver, je ne veux pas que cela se produise à nouveau".* Que pensez-vous de cette définition ?
- *pause dix secondes* Alors ça c'est plus restrictif que l'autre. Arf ... ça correspond au cas de ce monsieur. Mais le problème c'est que je ne suis pas sûre que cela ne se reproduise pas dans un sens ou dans l'autre. Avec quelqu'un d'autre. « Ca ne doit plus arriver »... je pense qu'on ne peut pas dire ça... Ca voudrait dire qu'on pense tout le temps à tout au bon moment... Je pense qu'on ne peut pas dire ça.
- Huum... en début d'entretien, vous avez évoqué spontanément deux situations d'événements indésirables... en rapport avec des prescriptions médicamenteuses....
- Oh la oui ... je me suis vraiment trompée ! J'ai donné du ... Alors c'est une dame, je ne sais pas pourquoi j'ai fait ça d'ailleurs, je n'arrive pas à comprendre, c'est une dame qui a un cancer du sein, donc qui est sous tamoxifène, je ne sais pas pourquoi je lui ai donné du néomercazol sur son ordonnance. Une vieille mémé. Donc elle a bouffé du néomercazol pendant au moins trois mois, et elle a développé, euh ... ben des signes d'hypothyroïdie. Enfin, ça a pas été bien loin parce que je l'ai enlevé ...
- Huum...
- ... mais je sais pas pourquoi.
- C'est le pharmacien qui a ...
- Non non, le pharmacien n'a rien vu... non justement, le pharmacien n'a pas corrigé.
- Et vous vous en êtes aperçue comment alors ?
- Et bien quand j'ai revue la patiente, je me suis demandé pourquoi elle avait ce machin là. C'est pas du tout ... Je sais pas ce qu'il s'est passé à ce moment là... une erreur de ... Alors là, c'est pareil, il faudrait toujours tout marquer ce qu'on fait exactement. Est-ce que ... parce que j'ai une autre grand-mère qui a du néomercazol régulièrement, est-ce que la petite fille de celle-ci m'a demandé une ordonnance par téléphone et que j'ai confondu les grand-mères ? Parce que ça arrive ... comme c'est des personnes âgées gardées par les enfants ... de faire des ordonnances de dépannage en attendant d'aller la voir...
- Huum... oui....
- Je me rappelle plus du tout dans quelles circonstances j'ai fait cette ordonnance mais le jour où je l'ai revue, euh ... bon. Et l'autre non c'était une ordonnance de ... de digoxine, que j'ai faite dans une résidence, en donnant une demi-dose de la digoxine qu'elle avait avant, mais l'infirmière au lieu de passer à la demi-dose à ajouter la demi-dose !
- D'accord.
- Je m'en suis aperçue aussi... *rires* j'ai soufflé.
- C'est vous-même qui avez redressé ... ?
- C'est moi-même ! Dans les deux cas, c'est moi qui me suis rendue compte de la situation... Non parce que quand c'est les pharmaciens qui appellent, j'ai pas de trucs en tête, mais ça arrive. Et je suis contente qu'ils aient vérifié. Je me rappelle pas d'erreur majeure. Là c'était des trucs qui auraient pu porter à conséquence parce qu'une intoxication aux digitaliques chez une personne très âgée... c'est toujours un peu gênant. Et l'autre, le néomercazol c'est pas dramatique m'enfin bon...
- Et l'erreur avec la dose de digoxine, vous en avez parlé avec l'infirmière ?
- Ah bien sûr ! Ben oui, ça... J'ai demandé à l'infirmière comment elle ne s'était pas posé de questions, Si elle ne comprenait pas la prescription, elle aurait au moins du poser des questions.
- Huum... Et du coup maintenant, quand vous en prescrivez – de la digoxine – vous y pensez ? Vous faites attention ?
- Disons que je fais ... j'ai plus tendance à vérifier ... à la maison de retraite, c'est un peu le bazar... à demander la feuille de traitement et voir si cela correspond bien à mon ordonnance. Enfin, d'être plus rigoureuse. J'essaye de faire attention.
- L'aspect médico-légal, par rapport à tout ça, il joue quel rôle ?
- Non. En fait, je ne suis pas encore de la génération ... je ne fais pas attention à mettre des gants pour se protéger *rires* ... ni à l'aspect médical-légal, mais cette année pour la prem... je crois que pour la première fois de ma carrière, peut être un autre incident mais ça ne m'a pas marqué, là j'ai eu une demande de dossier pour une femme qui est morte il y a quelques années, d'une sœur très très agressive, et en fait ... là je crois vraiment qu'il y a le phénomène bouc-émissaire. Les gens ont besoin de bouc-émissaire. Là j'ai donné ça à Noël, j'ai pas de

- nouvelles, j'espère que j'en aurais pas. D'autant que c'est un dossier enfin... un patient qui est autant en cause, enfin, il n'y a pas eu d'erreur, au sens propre du terme, il y a peut-être une erreur d'interprétation d'une écho un jour à l'hôpital c'est possible, enfin, ça n'aurait rien changé... C'est une patiente qui travaillait dans le milieu médical, et qui papillonnait beaucoup, avec probablement une mauvaise réflexion de la première personne qui l'a opérée.
- Humm...
 - Enfin de toute façon, un cancer euh .. du rectum métastasé d'emblée aux organes génitaux, ça pardonne pas bien quoi ...
 - Oui ...
 - Mais là, c'est vrai... que ça m'a un petit peu contrariée. Mais là, je me sens pas responsable d'une erreur quelconque parce que je crois que j'ai bien fait mon boulot, ce qui m'a blessé, c'est d'être accusé de plein de choses que j'avais pas faites et puis de servir de bouc-émissaire. Bon, après qu'on fait l'analyse qu'on sert de bouc-émissaire, c'est quand même plus facile à gérer.
 - Et ça, ça rentre dans le cadre d'un événement indésirable ?
 - ... non ... euh ... enfin ... non le seul événement indésirable je crois, y'en a deux. Non. Enfin ... y'en a un pour lequel je viens d'appeler un psychiatre là aujourd'hui... donc il est dans ma tête. Je pense qu'il y a là une femme qui a fait une psychose puerpérale que j'ai ... je n'ai pas été assez, pas violente ... enfin forte pour lui dire je vous hospitalise. Bon, c'est quelqu'un, même le psychiatre n'y arrive pas bien. Il m'a parlé de forme paranoïde enfin une paranoïa avec une forme je ne sais pas quoi... Bref, je lui ai dit moi je ne mets pas d'étiquette... c'est un peu difficile. Là aussi, c'est une femme qui habite la Croix-Rousse, qui a d'abord été envoyée par un médecin de Paris, qui a fait deux mômes et qui pour le premier elle a fait quand même une dépression assez sévère, mais avec euh ... un petit délire, mais comme il y avait un mari ... un père qui tenait bien la route, finalement, elle a corrigé le tir ... C'est vrai. Je ne l'ai pas hospitalisée. Quand je vois l'évolution maintenant, je me dis, j'aurais peut-être dû essayer de l'hospitaliser à ce moment là. Je n'y serais peut-être pas arrivé hein, elle voulait absolument rien prendre... C'est une femme qui comme pas mal de psychiatrique a un très haut niveau intellectuel, et qui a répondu à tout ...
 - Humm...
 - Et là, comme elle était en grand souffrance, elle est revenue me voir il y a quelques temps, et je lui ai dit que j'allais appeler le psychiatre qui la voyait pour son traitement, et je l'ai fait ce matin. Donc là, c'est une erreur. Non, la plus grosse erreur que je me reproche ... entre guillemets ... *ton affecté* C'était il y a fort longtemps, au moins vingt ans, donc moi aussi, quand on regarde avec les yeux de maintenant, ce qu'on a fait il y a vingt ans, c'est pas pareil, parce qu'il y avait pas de scanner facile ... pas d'IRM facile ...
 - Mumm...
 - C'était des jumelles et une qui avait, quand elle était malade, elle était très abattue, elle vomissait, elle vomissait ... elle transpirait ... Bon, un jour elle a saigné du nez, je l'ai envoyée chez l'ORL, il a rien trouvé. Et puis un jour elle fait une otite importante, elle a été hospitalisée, et en fait elle avait une tumeur du cerveau. Enfin ! Le contexte qu'elle avait habituellement, de vomir et de rester abattue pendant pas mal de temps, mais pas de retard psychomoteur ou de retentissement staturo-pondéral, c'est vrai que ça serait maintenant, je demanderais probablement des examens. A l'époque, on les avait pas.
 - Humm oui...
 - Ça je m'en veux un peu de ... peut-être de pas avoir fait assez attention mais en même temps, je crois que c'est quand on ne veut pas que les gens soient malades, enfin ... voilà. On fait ... on voit pas. C'est un peu comme sa famille, on veut pas que les gens soient malades. J'ai mis un an à diagnostiquer [REDACTED] de mon [REDACTED] *rires francs*
 - Il y a une résistance ... quelque part ? ...
 - Oui oui, je crois ... moi, dans mon cas je pense qu'il y a ... mais sur le moment, ça aveugle parce que si j'y avais pensé, je l'aurais fait. Je crois qu'il y a quelque chose qui aveugle et moi il me semble, dans les cas où il a pu avoir des événements indésirables pour les patients ou des erreurs personnelles, c'est parce qu'il y a des choses que je ne voulais pas voir... Parce que j'avais des relations, enfin, ces gens là ne pouvaient pas être malades ! Ces gens là ne pouvaient pas avoir un truc terrible.
 - ... un côté ... « lui, qu'est-ce qu'il est en train de me faire ! ? »
 - Oui, c'est ça. En même temps, je crois que ça obère même l'esprit ... même si je suis pas pressée. Donc les situations où ... comme le monsieur qui est mort cette année, je n'y ai pas du tout pensé. C'est quand il a été mort, que je me suis dit « Mais qu'est-ce que j'ai fait ... Qu'est-ce qu'il s'est passé ? » Et en re réfléchissant, à tout ça, et puis après ce que la fille m'a dit c'est qu'il avait du mal à marcher et qu'il s'essouffait très vite, je me suis dit que j'aurais du lui faire un électrocardiogramme ... « Pourquoi tu lui as pas fait ? » Parce que j'en fais facilement. Donc euh, voilà. Et je sais pas pourquoi ça ne m'est pas venu à l'esprit à ce moment là. Donc c'est pour ça qu'on ne peut pas dire que c'est une erreur parce que ça serait volontairement dire « j'y pense, mais je le fais pas parce que je suis pressée .. j'ai pas envie ... » C'est vraiment ne pas y penser.
 - C'est une question un peu difficile mais c'est une erreur ou c'est une faute ... quand on y pense mais qu'on ne fait pas ?
 - Alors la différence entre erreur et faute ... euh ... *rires* Faute je pense, c'est volontaire. Une faute, c'est intentionnel. L'erreur, c'est pas intentionnel, oui, voilà. L'erreur c'est ce qu'on analysera après comme étant une erreur de la démarche. Ouais. Peut-être ?
 - Mumm...
 - Non, parce que faute, il faudrait volontairement dire « je ne fais pas ça », et sciemment « je sais que c'est utile ».
 - D'accord.
 - Enfin il me semble. L'erreur c'est à posteriori de toute façon. Donc l'erreur c'est « il y a quelque chose qui s'est passé, j'avais pas prévu, j'ai pas vu venir. » Et en analysant, un peu plus, on se dit « oui, pourquoi tu n'as pas fait attention à ça... ça ... ou ça. »
 - D'accord, donc la faute, notion de prévisibilité du coup ?
 - Ben je pense. Enfin il me semble, parce que sinon... La j'ai une femme qui est très fâchée, elle a eu du Logiflox – c'est la première fois que je vois ça – elle a fait un syndrome confusionnel, toute une nuit. *rires* Mais bon, ça c'est le truc vraiment je lui ai pas dit parce que bon, c'est pas dans mon expérience, je prescris beaucoup de Logiflox, je prévois qu'il peuvent avoir des réactions aux tendons ... au soleil ... mais je prévois pas qu'ils peuvent avoir un syndrome confusionnel enfin ! Ca c'est même pas de l'erreur, ça c'est un effet indésirable, voilà ... un événement indésirable.
 - Oui. Et la patiente est revenue ?
 - Ah ben la patiente elle m'a téléphoné... elle est revenue ... en a remis une couche. Je lui ai dit « Mais écoutez : de toute façon, j'y peux rien... Je vais prévenir la pharmacovigilance... c'est rare ... J'ai regardé le Vidal, ça existe, mais c'est rare. C'est tombé sur vous. » En Médecine, je le dis aux gens, c'est jamais zéro pourcent, et même quand c'est un pourcent, si ça vous arrive à vous, pour vous c'est cent pourcent. Et je peux pas le prévoir.
 - Du coup, vous en avez prescrit du Logiflox ?
 - Ah ben pas pour l'instant *rires* Mais j'en prescrirais encore probablement ; C'est un produit qui quand même fonctionne bien. Donc L'erreur c'est qu'à posteriori qu'on peut le dire. C'est quand une situation est arrivée ... qu'on n'avait pas prévue et pas anticipée sinon, oui il y a faute ... C'est la seconde définition ?!
 - Oui, un peu ...
 - *rires* Oui si on a pu penser qu'on faisait quelque chose sciemment oui là, c'est une faute.
 - Et du coup, toujours une question un peu difficile, l'erreur médicale, vous la positionnez comment vis-à-vis de l'événement indésirable ?
 - *Réflexion dix secondes* Ben... pour événement indésirable je ne vois que les effets secondaires des médicaments ou des ... des euh ... des analyses ... des examens complémentaires. C'est des effets indésirables.

- L'erreur c'est, à posteriori se dire qu'on probablement laisser passer un truc... Qu'on n'a pas été assez vigilant. Mais dans l'effet indésirable, j'ai l'impression que je me sens pas coupable enfin. Il n'y a pas du tout de notion de culpabilité alors que dans l'erreur, je me sens quand même un peu coupable, même si je me sens pas responsable, je l'ai pas fait volontairement, je l'ai pas ... Il me semble que je me sens un peu coupable parce que quand même je me dis « tu aurais pu mieux faire. »
- Qu'est-ce qu'il faut proposer aux médecins généralistes, qui sont susceptibles d'être confrontés un jour à ces événements indésirables ou à l'erreur ?
 - Moi je crois, la chance que j'ai c'est que j'ai toujours été en groupe quasiment et ... ce qui est bien, c'est de pouvoir en parler déjà. Parce que c'est vrai que ça permet aux autres de ... enfin ça permet déjà de ... de ... se soulager personnellement et puis que ... d'avoir un regard des autres ... la première des choses. Après euh ... *réflexion - pause dix secondes* après je sais pas parce que ... par exemple, l'histoire des PSA, pour ce monsieur, j'ai envie de dire « c'est la faute au groupe de pairs. » Si dans le groupe de pairs, il n'y avait pas un médecin qui est très convaincu qu'il faut faire des PSA à tout le monde et qu'il y a des chirurgiens qui sont capable d'opérer en laissant des bandelettes et bien je crois que j'aurais peut-être dit ce que je redis maintenant : « vous n'avez pas de signe, on fait rien ! » Euh ... voilà. « On verra le jour où vous aurez des signes ». Il y a une recommandation ANAES qui existe maintenant. En fait, là je trouve il y a une difficulté pour ce qui est de la prévention à ... à ... prendre des positions claires dans tout ce qui est à risque soit pas très bien validé. On peut se faire reprocher des choses ... soit de pas avoir fait, soit d'avoir fait ! Alors après c'est vrai que je ne crains pas trop le médico-légal. Mais si on retrouve en procès... je me demande. *rires*
 - Hum... Mumm....oui. Vous avez dit « le groupe de pairs c'est rassurant ... »
 - Ben le fait d'en parler à d'autres, c'est rassurant... Donc ça c'est mes associés en général quand on a un truc, on en parle entre nous. Le groupe de pairs, c'est rassurant parce qu'on voit un peu comment les autres fonctionnent. Mais là par exemple, c'est presque le groupe de pairs qui m'a poussée à avoir une pratique que je n'ai pas habituellement.
 - Et maintenant ...
 - Maintenant, je suis revenue à ma pratique ! Très peu interventionniste.... Sur les prostatites *rires* Ah non mais c'est vrai, là vraiment ...
 - En parler ... à des confrères ... A d'autres personnes ?
 - De ?
 - De ces situations.
 - Dans le groupe de pairs, on en a beaucoup parlé... et je crois que maintenant chacun a une idée un peu plus modérée. On a énormément échangé. Tout le monde a fait un bout de recherche... internet ... En comparant un peu l'avis de chacun, et effectivement, je crois que ça nous a tous fait réfléchir, et plus ... modéré.
 - Il y a un potentiel formatif ?
 - Ah oui ! Oui oui bien sûr. Il y a un jeune médecin dans le groupe, qui a dit « Ah ben ça, ça vaut bien une FMC. » *rires*
 - Hum... Oui ! *rires* Y'auraient-ils d'autres choses à proposer ?
 - Euh ... pouvoir en parler moi je crois que c'est important pour se ... pour pas rentrer dans la dépression... et dans la mauvaise image de soi...euh, pour voir après ce qu'on aurait pu éviter ... C'est déjà pas mal après *réflexion cinq secondes* Si ! Ce que je pense qu'on fait très mal mais ça c'est parce que les canadiens sont venus, c'est la tenue de dossiers, on met très peu de choses dans nos dossiers, et je vois que ... une jeune avec qui je vais m'associer, elle en met encore moins que moi... Et que si on mettait plus de détails, on aurait sûrement plus de rigueur ... on oublie des choses, on n'est pas très sûr de ce qu'on a fait. Il faudrait être plus méticuleux dans ce qu'on note dans le dossier... pour être plus ... plus Eh ... plus euh ...
 - ... plus de traçabilité ?
 - Oui ! Plus de traçabilité, pour plus de rigueur. Tout à fait.
 - Mumm...
- Non, je vois pas autres choses.
 - Et bien merci de m'avoir accordé cet entretien.
 - De rien !

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON I

Président de l'Université	M. le Pr. DEBOUZIE
Président du Comité de Coordination des études médicales	M. le Pr. VITAL-DURAND
Secrétaire général	M. BONHOTAL

FEDERATION SANTE

UFR de Médecine Lyon Grange-Blanche	Directeur : M. le Pr. MARTIN
UFR de Médecine Lyon RTH Laennec	Directeur : M. le Pr. VITAL-DURAND
UFR de Médecine Lyon-Nord	Directeur : M. le Pr. F. MAUGUIERE
UFR de Médecine Lyon-Sud	Directeur : M. le Pr. JN GILLY
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques	Directeur : M. le Pr. LOCHET
UFR d'Odontologie	Directeur : M. le Pr. O. ROBIN
Institut de Techniques et Réadaptation	Directeur : M. le Pr. COLLET
Département de Formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine	Directeur : M. le Pr. P. FARGE

FEDERATION SCIENCES

UFR de Biologie	Directeur : M. le Pr. PINON
UFR de Chimie et Biochimie	Directeur : M. le Pr. JP SCHARFF
UFR de Génie Electrique et des procédés	Directeur : M. le Pr. BRIGUET
UFR d'Informatique	Directeur : M. le Pr. EGEA
UFR de Mathématiques	Directeur : M. le Pr. CHAMARIE
UFR de Mécanique	Directeur : M. le Pr. BEN HADID
UFR des Sciences et Techniques des activités Physiques et Sportives	Directeur : M. le Pr. MASSARELLI
UFR des Sciences et Techniques de l'Ingénieur de Lyon	Directeur : M. le Pr. JP PUAUX
I.U.T. A	Directeur : M. le Pr. M. ODIN
I.U.T. B	Directeur : M. le Pr. LAMARTINE
Institut des Sciences financières et assurances (IFSA)	Directeur : M. le Pr. AUGROS
Centre de Recherche Astronomique de Lyon	Directeur : M. R. BACON

PERSONNELS TITULAIRES
FACULTE DE MEDECINE LYON NORD
Année Universitaire 2005/2006

Service des Personnels Enseignants de Santé

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers (Cl. Exceptionnelle)

BAULIEUX Jacques	Chirurgie générale
FLORET Daniel	Pédiatrie
MAUGUIERE François	Neurologie
MILON Hugues	Cardiologie

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers (1^{ère} classe)

ANDRE Jean	Biochimie et Biologie moléculaire
ANDRE-FOUET Xavier	Cardiologie
BERARD Jérôme	Chirurgie infantile
BEZIAT Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
BOISSON Dominique	Médecine Physique et de Réadaptation
S BRYON Paul André	Hématologie ; Transfusion
CHASSARD Dominique	Anesthésiologie et réa chirurgicale
COURPRON Philippe	Médecine interne ; Gériatr. Et Biolog. vieill.
ETIENNE Jérôme	Bactériologie ; Virologie ; Hygièn hospital.
GUERIN Jean-Claude	Pneumologie
LABEEUW Michel	Néphrologie
LERICHE Albert	Urologie
LLORCA Guy	Thérapeutique
LYONNET Denis	Radiologie et Imagerie médicale
S MIKAELOFF Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
S PATRICOT Louis-Marc	Anatomie et Cytologie Pathologiques
PEIX J.Louis	Chirurgie générale
PETIT Paul	Anesthésiologie et Réa chirurgicale
PEYRAMOND Dominique	Maladies infectieuses
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PUGEAT Michel	Endocrinologie et maladies métaboliques
PUTET Guy	Pédiatrie
REVEL Didier	Radiologie et Imagerie médicale
ROBERT Dominique	Réa médicale
ROUSSET Bernard	Biologie cellulaire
RUDIGOZ René-Charles	Gynécologie-Obstétrique
THIVOLET-BEJUI Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers (2^{ème} classe)

ALLAOUCHICHE Bernard	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
ANDRE Patrice	Bactériologie-Virologie
BERTHEZENE Yves	Radiologie et Imagerie médicale
COLOMBEL Marc	Urologie
DALIGAND Liliane	Médecine légale et Droit de la santé
DEVOUASSOUX Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DISANT François	O.R.L.
DUCERF Christian	Chirurgie digestive
ECOCHARD René	Biostatistiques et Informatique médic.
EDERY Charles	Génétique
GAUCHERAND Pascal	Gynécologie-Obstétrique
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
LANTELME Pierre	Cardiologie
LAVILLE Martine	Nutrition
LEJEUNE Hervé	Biologie du développement et de la repr.
MERTENS Patrick	Anatomie/Neurochirurgie
MION François	Physiologie (option Gastro-Entérologie)
NEYRET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatol.
NINET Jean	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
OVIZE Michel	Physiologie (opt. Clinique, cardiologie)
PONCHON Thierry	Gastroentérologie ; Hépatologie
RYVLIN Philippe	Neurologie
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SOUQUET Jean-Christophe	Gastroentérologie ; Hépatologie
THOMAS Luc	Dermato-Vénérologie
VANHEMS Philippe	Epidémiologie, Economie de la Santé

S = Surnombre universitaire

59 enseignants pu /ph/Rang A

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers (hors classe)

BUI-XUAN Bernard	Anesthésiologie et Réa-chirurgicale
CERTRE J.Charles	Epidémiologie, Econ. Santé et Prévent.
DAVEZIES Philippe	Médecine et Santé au travail
GRAFMEYER Denis	Biochimie et Biologie moléculaire
GRENOT Catherine	Biochimie et Biologie moléculaire
SABATINI Jean	Médecine légale et Droit de la santé

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers (1^{ère} classe)

BENCHAIB Mehdi	Biologie et Médecine développ. Et Reproduct.
CHEVALLIER-QUEYRON P.	Epidémiologie, Econ. Santé et Prévent.
COZON Grégoire	Immunologie
CROISILLE Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
DURR Françoise	Pharmacologie fondamentale
GENOT Alain	Biochimie et Biologie moléculaire
GILLE Yves	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
GONZALO Philippe	Biochimie et biologie moléculaire
MASSIGNON Denis	Hématologie ; Transfusion
SAPPEY-MARINIER Dom.	Biophysique et Médecine nucléaire
TEYSSIER Michèle	Cytologie et Histologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie clinique
VOGLIO Eric	Anatomie/Chirurgie générale
WALLON Martine	Parasitologie et Mycologie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers (2^{ème} classe)

BARNOUD Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
BILLOTEY Claire	Biophysique
FRANCO Patricia	Physiologie
JARRAUD Sophie	Bactériologie-Virologie
NATAF Serge	Cytologie et Histologie
RABILLOUD Muriel	Biostatistiques
SAOUD Mohamed	Psychiatrie d'adultes
THIEBLEMONT Catherine	Hématologie clinique
TILIKETE Caroline	Physiologie

29 enseignants MCU-PH

MISE A JOUR 06.09.2005

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leur famille dans l'adversité.

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.

COMPOSITION DU JURY

Président de jury : Professeur Jean-Louis TERRA

Membres : Professeur Cyrille COLIN
Professeur Alain MOREAU
Docteur Sophie FIGON

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Louis TERRA

Pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider ce jury.

Pour sa disponibilité et son soutien dans la réalisation de ce projet.

Pour son investissement dans la reconnaissance de la Médecine Générale.

A Madame le Docteur Sophie FIGON

Pour nous avoir fait confiance en acceptant de diriger cette thèse.

Pour son soutien, ses conseils et ses encouragements tout au long de ce travail.

Pour son investissement remarquable dans l'enseignement de la Médecine Générale.

Pour tout ce qu'elle nous a apporté tant professionnellement que humainement ...

A Monsieur le Professeur Alain MOREAU

Pour avoir accepté d'être membre de ce jury.

Pour sa participation à la réalisation de ce travail.

Pour son engagement dans l'enseignement et la recherche en Médecine Générale.

A Monsieur le Professeur Cyrille COLIN

Pour nous faire l'honneur de juger ce travail.

A ma femme Céline

Pour m'avoir soutenu, supporté et encouragé tout au long de ce travail.
Pour le partage passé / présent / futur de mes doutes, de mes questionnements, de mes certitudes et
de mes joies...

A mes Parents

Pour m'avoir encouragé tout au long de mes études et permis d'apprendre dans les meilleures
conditions possibles.
Pour m'avoir transmis leurs valeurs.
Pour leurs relectures.

A Maud

Pour son aide et son affection.

A mes Grands-parents

A ma famille et à ma belle famille

A Denis et Romain

Pour tous les moments passés ensemble, et pour tous ceux à venir.
Sans d F et r M, m C ne serait pas tout à fait le même.

A toute la bande de Médecine

Je ne cite personne mais tous se reconnaîtront je l'espère.

A tous mes amis

Parce qu'en dehors de la Médecine, il y a une vie aussi.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de se livrer avec sincérité et sans qui ce travail n'aurait
pas été possible.

Au dévouement et à la passion des membres du **Département de Médecine Générale** de la Faculté
de Médecine de Lyon.

A tous les enseignants... de la maternelle à la faculté...

**A toutes les personnes que j'ai rencontrées pendant mes stages, soignants ou patients, en ville
ou à l'hôpital – particulièrement à l'hôpital de Tarare - et qui m'ont tant apporté.**

A Jean-Paul