

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTE

ANNEE 2021

N° : 16

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'État

Médecine Générale

Par

Issam Nabil MORKANE
Né le 2 septembre 1985 à Mulhouse

PREVENTION DE L'ERREUR MEDICALE
EN MEDECINE GENERALE : MOYENS ET PERSPECTIVES

Étude qualitative auprès de 20 médecins généralistes

Président de thèse : Professeur Pascal Bilbault
Directeur de thèse : Docteur Jean-Luc Gries



1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

Édition OCTOBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GALY Michaël

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO218

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques / Faculté	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / PO215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	NRP6 CS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01	Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01	Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / HP	54.01	Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Haute-pierre	42.01	Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôp. de Haute-pierre	82.00	Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie; Hépatologie; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

P6 : Pôle

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

Dir : Directeur

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépato-digestif Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		• Pôle de Biologie Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

MO135	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)
-------	---

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option ; pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUZ Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SOLIS Morgane M0123	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre		45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre		50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC		44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre		54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim		54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre		Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil		45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac		45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010	• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil		48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre		54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC		44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONA Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
-------------------	-------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre GROS-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (*membre de l'Institut*)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans** (*1er septembre 2018 au 31 août 2021*)
 - Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o **pour trois ans** (*1er avril 2019 au 31 mars 2022*)
 - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans** (*1er septembre 2019 au 31 août 2022*)
 - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
 - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
 - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour trois ans** (*1er septembre 2020 au 31 août 2023*)
 - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
 BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
 BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18
 BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
 BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
 BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
 BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
 BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86
 BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
 CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
 CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18
 CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
 CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11
 DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
 DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.09.16
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09
 GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
 GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03
 GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
 HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
 IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
 JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
 KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
 KREMER Michel / 01.05.98
 KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
 LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
 LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
 MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
 MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
 MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
 PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
 POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
 SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
 SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
 SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
 TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
 WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
 WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
 WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
 DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
 DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
 QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
 A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

Au Professeur Pascal Bilbault,

Merci d'avoir accepté de présider ma thèse.

Au Professeur Gilles Bertschy,

Au Docteur Juliette Chambe,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail.

Au Docteur Jean-Luc Gries,

Merci pour votre aide, votre patience et votre temps.

Aux 20 médecins volontaires pour participer à ce travail,

Merci pour votre contribution inestimable. Vous avez permis à ce travail de thèse de prendre forme, et vous m'avez permis à moi de grandir un peu plus en tant que médecin.

A tous mes maîtres de stage et enseignants,

Ce fut long, parfois compliqué et laborieux, mais toujours plaisant grâce à l'amour du métier que vous avez su me transmettre. Une pensée particulière pour mes maîtres en Médecine Générale que sont le Dr Catherine Herold Homatter, le Dr Jean-Claude Froidevaux, et le Docteur Arnaud Thierry. Une pensée également pour le Dr Aïcha Derragui avec qui j'ai eu le plaisir de faire deux semestres, riches à tout point de vue, en Médecine Interne.

Remerciements

A mes parents, Fatiha et Mohamed,

Vous êtes à mes côtés depuis le début. Vous m'avez donné les moyens et l'éducation pour y arriver. Merci pour votre amour que je sais inébranlable. Vous pourrez toujours compter sur moi.

A ma chère épouse, Malika,

Merci à toi pour ton soutien et ta patience. J'espère que je saurai me montrer à la hauteur à mon tour lorsque tu en auras besoin.

A ma fille, Sara,

Tu n'es pas encore née, mais tu es déjà là parmi nous. Tu as donné un nouveau souffle à notre vie. Ce travail est aussi pour toi.

A mes sœurs et à mon frère,

Merci pour votre soutien indéfectible. Merci d'être toujours là à mes côtés.

A tous mes amis,

Merci pour ces moments passés ensemble.

Et enfin, merci à Toi,

Je Te dois tout, absolument tout. Donc merci pour Tout.

TABLE DES MATIERES :

I.	INTRODUCTION	23
A.	Intérêt pour l'erreur médicale	23
1.	L'histoire d'un déclic	23
2.	Impact en termes de santé publique et épidémiologie	24
3.	Le médecin, une seconde victime	26
B.	Définitions et généralités	27
C.	Problématique et objectifs	30
II.	MATERIEL ET METHODE	31
A.	Étude qualitative	31
1.	Choix de la méthode	31
2.	Analyse par théorisation ancrée	31
B.	Population étudiée	31
1.	Critères d'inclusion et d'exclusion	31
2.	Diversification de l'échantillon	32
3.	Taille de l'échantillon	33
4.	Consentement des participants et anonymisation	33
C.	Entretiens	33
1.	Contexte des entretiens	33
2.	Canevas d'entretien	33
3.	Retranscription des entretiens	34
4.	Codage et classification des données	35
III.	RESULTATS ET ANALYSE	36
A.	Caractéristiques des participants et des entretiens	36
1.	Caractéristiques de l'échantillon recruté	36
2.	Caractéristiques des entretiens réalisés	36
3.	Codage des données recueillies	38

B.	Perception de l'erreur médicale par les médecins participants	38
1.	Définitions	38
2.	Perception du risque	39
3.	Facteurs de risque d'erreur médicale évoqués par les participants	40
C.	Prévention de l'erreur médicale	45
1.	Santé du médecin	45
a.	Moyens utilisés par les participants	45
b.	Perspectives d'amélioration suggérées par les participants	46
2.	Formation, recherche et expérience	46
a.	Moyens utilisés par les participants	46
b.	Perspectives d'amélioration suggérées par les participants	49
3.	Équipement du cabinet	51
a.	Moyens utilisés par les participants	51
b.	Perspectives d'amélioration suggérées par les participants	54
4.	Temps de la consultation	54
a.	Moyens utilisés par les participants	54
b.	Perspectives d'amélioration suggérées par les participants	61
5.	Travail collaboratif	63
a.	Moyens utilisés par les participants	63
b.	Perspectives d'amélioration suggérées par les participants	67
D.	Gestion de l'erreur médicale	72
1.	Vis à vis du patient	72
a.	Conséquences redoutées	72
b.	Moyens utilisés par les participants	72
c.	Perspectives d'amélioration suggérées par les participants	74
2.	Vis à vis de la relation médecin malade	74
a.	Conséquences redoutées	74
b.	Moyens utilisés par les participants	75
c.	Perspectives d'amélioration suggérées par les participants	77
3.	Vis à vis de soi-même	77
a.	Conséquences redoutées	77
b.	Moyens utilisés par les participants	82
c.	Perspectives d'amélioration suggérées par les participants	87

IV. DISCUSSION	89
A. Limites de l'étude	89
1. Choix de la question	89
2. Choix de la méthode	89
3. Échantillon recruté	89
4. Entretiens réalisés	90
5. Interprétation des résultats	90
B. Points forts de l'étude	91
1. Choix de la thématique	91
2. Choix de la question	91
3. Échantillon recruté	91
4. Entretiens réalisés	91
C. Axes de réflexion et d'amélioration	92
1. Amélioration de la Formation Médicale Initiale	92
a. Internat de Médecine Générale	92
b. Enseignement universitaire de la Médecine Générale	95
2. Amélioration de la Formation Médicale Continue	95
a. Obligation de Développement Professionnel Continu	96
b. Formation à la gestion de l'erreur médicale	97
c. Groupes de pairs	98
d. Pédagogie de l'erreur médicale	99
e. Recherche en Médecine Générale	103
3. Amélioration du contexte professionnel	104
4. Prise en charge de la santé des médecins	107
a. Suivi médical des médecins	107
b. Répercussions psychologiques du métier	109
c. Syndrome d'épuisement professionnel	113
5. Optimisation des équipements	114
a. Équipements informatiques	114
b. Équipements médicaux	118
6. Optimisation de la relation médecin-malade	121
a. Évolution du modèle relationnel	121

b.	Communication entre médecins et patients	124
c.	Révélation de l'erreur au patient	128
7.	Optimisation des stratégies de prise en charge	132
a.	Démarche clinique : l'observation médicale	132
b.	Arbres décisionnels	134
c.	« Stratégies de récupération »	135
d.	Gestion du temps	138
8.	Participation des patients à la démarche de soins	140
a.	Sensibilisation du public	140
b.	Éducation thérapeutique	142
9.	Collaboration entre professionnels de santé	143
a.	Collaboration entre professionnels de santé libéraux	143
b.	Collaboration avec l'hôpital	149
10.	Gestion du risque : éviter une médecine défensive	152
a.	Respect du cadre réglementaire du métier	152
b.	Recours en cas de plainte	155
c.	Vers une médecine défensive ?	156
11.	Synthèse	160
V.	CONCLUSION	161
VI.	BIBLIOGRAPHIE	163
VII.	ANNEXES	174
VIII.	RESUME	473

TABLE DES ANNEXES :

Annexe 1 : Formulaire d'information et de consentement	174
Annexe 2 : Canevas d'entretien	177
Annexe 3 : Classification des données recueillies	178
Annexe 4 : Entretien 1	188
Annexe 5 : Entretien 2	205
Annexe 6 : Entretien 3	216
Annexe 7 : Entretien 4	226
Annexe 8 : Entretien 5	246
Annexe 9 : Entretien 6	258
Annexe 10 : Entretien 7	273
Annexe 11 : Entretien 8	287
Annexe 12 : Entretien 9	300
Annexe 13 : Entretien 10	311
Annexe 14 : Entretien 11	329
Annexe 15 : Entretien 12	346
Annexe 16 : Entretien 13	359
Annexe 17 : Entretien 14	367
Annexe 18 : Entretien 15	380
Annexe 19 : Entretien 16	389
Annexe 20 : Entretien 17	403
Annexe 21 : Entretien 18	423
Annexe 22 : Entretien 19	432
Annexe 23 : Entretien 20	462
Annexe 24 : Déroulement d'une réunion d'un groupe de pairs selon la SFMG	471
Annexe 25 : Déroulement d'une séance de RMM	472

TABLE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

- 24/7 : 24 heures sur 24, 7 jours sur 7
- ARS : Agence régionale de santé
- DES : Diplôme d'études spécialisées
- DMG : Département de médecine générale
- DMP : Dossier médical partagé
- DPC : Développement professionnel continu
- DReFC : Diffusion des recommandations francophones en consultation de médecine générale
- ECG : Électrocardiogramme
- EPP : Évaluation des pratiques professionnelles
- FMC : Formation médicale continue
- FMI : Formation médicale initiale
- MACSF : Mutuelle d'assurances du corps de santé français
- MSP : Maison de santé pluridisciplinaire
- PDS : Permanence de soin
- PNL : Programmation neuro-linguistique
- QI : Quotient intellectuel
- RMM : Revue de morbidité et mortalité
- ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique
- SAMU : Service d'aide médicale urgente
- SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
- SFMG : Société française de médecine générale
- ZFU : Zone franche urbaine
- ZRR : Zone de revitalisation rurale

I. INTRODUCTION

A. Intérêt pour l'erreur médicale

1. L'histoire d'un déclic

Longtemps après, il m'arrive encore d'y repenser. J'effectuais l'un de mes premiers remplacements en médecine générale et j'avais alors été appelé pour une visite a priori ordinaire chez un jeune homme se plaignant d'asthénie. Devant l'absence d'arguments inquiétants, hormis des céphalées persistantes sous paracétamol, j'avais tout simplement confirmé le diagnostic de syndrome grippal posé par un confrère quelques jours avant moi. J'aurais pourtant dû m'inquiéter davantage. Une semaine plus tard, c'est un peu comme si le ciel m'était tombé sur la tête. Le temps d'un coup de fil, et j'apprenais qu'il s'agissait en fait d'une méningite à méningocoque atypique. Le patient avait fini par être hospitalisé en réanimation médicale.

Sans revenir sur les détails de cette histoire, il semble toutefois plausible que ma prise en charge aurait pu être différente, et le diagnostic non erroné. Entre l'inquiétude pour le patient, pour moi-même, le sentiment de honte, ainsi que les reproches, ou du moins ce que j'ai pu ressentir comme tel, cette expérience m'a clairement bouleversé. Depuis, le patient concerné s'en est très bien sorti, ce qui m'a aidé à mieux assumer, sans toutefois oublier. Et c'est bien le vécu d'une telle situation qui m'a amené à m'intéresser à l'erreur médicale en médecine générale.

Jusque-là habitué à la pratique très encadrée et plutôt sécurisante d'interne en milieu hospitalier, je découvrais par le biais de ces premiers remplacements une autre facette du métier. J'ai alors pu constater que j'étais loin d'être le seul interne à m'interroger sur le sujet, mais que cette question de l'erreur médicale, bien que souvent tabou et tue dans le milieu, semblait en effet préoccuper bon nombre de jeunes médecins(1)(2)(3). On peut par exemple citer une étude réalisée auprès d'internes en médecine générale de l'université de Paris Diderot et publiée en 2012, dans laquelle on a pu mettre en évidence que 97% des participants avaient effectivement prétendu avoir déjà commis une erreur médicale, parmi lesquels 64% avaient déclaré en avoir été très affectés(1).

2. Impact en termes de santé publique et épidémiologie

Subissant l'erreur médicale, la première et principale victime est bien évidemment le patient. Bien que dans la très grande majorité des situations l'erreur semble s'accompagner de conséquences bénignes voire négligeables, il n'est pas si rare d'aboutir à des complications plus graves et/ou permanentes, voir même au décès du patient(4)(5). D'un point de vue épidémiologique, il semble toutefois difficile voire impossible de recenser le taux d'incidence de survenue d'erreurs médicales en médecine générale(6). Quelques études, ayant été réalisées en France et ailleurs, ont tout de même permis de dresser un tableau des mécanismes de survenue de ces erreurs en milieu hospitalier ou en soins primaires ambulatoires.

Aux États-Unis, dans la fameuse étude « To Err Is Human... », il est rapporté que le nombre de décès suite à des erreurs considérées comme évitables en milieu hospitalier était situé dans une fourchette comprise entre 44000 et 98000 cas par an(7). Cette estimation est encore plus importante dans une autre étude plus récente réalisée toujours aux États-Unis et présentant l'erreur médicale comme la troisième cause de décès avec une estimation de 251454 décès par an(8). Si l'on se penche sur la médecine générale, dans un travail réalisé en Grande-Bretagne auprès de 14 médecins généralistes et de leurs 30790 patients, on a pu évaluer que 5,1% des 1263 décès survenus en l'espace de 40 mois étaient imputés aux soins ambulatoires et estimés évitables(4). Ces résultats mettent surtout en évidence le risque potentiellement grave d'erreurs médicales définies comme évitables. Pour toutes ces raisons, on a pu constater un véritable élan de ce qu'on a appelé « culture de sécurité » du patient, depuis le début des années 2000(9)(10).

En France, sur l'initiative de l'Académie nationale de médecine en 2003, la nécessité d'analyser les erreurs médicales a également été mise en avant(11). Les premiers travaux réalisés sur le sujet concernaient alors principalement la médecine hospitalière(12). En effet, plus difficile à observer, la médecine ambulatoire semblait moins bien évaluée(13)(10). L'étude Esprit, réalisée sur demande du ministère de la Santé en France et publiée en 2013, a tenté de mesurer la fréquence des événements indésirables associés aux soins et d'en décrire la typologie en médecine générale(14). Parmi cette vaste appellation d'événements indésirables associés aux soins, la notion d'erreur médicale est centrale(15)¹. Dans cette étude, sur 12348 actes retenus en médecine générale, la fréquence des événements indésirables était de 26 pour 1000 actes

¹ Voir chapitre «I. Introduction / B. Définitions et généralités“, page 27

dont 22 pour 1000 d'événements définis comme évitables, parmi lesquels 21% d'événements indésirables entraînant une incapacité temporaire chez le patient et 2% définis comme événements indésirables graves.

Par ailleurs, via les compagnies d'assurances, nous pouvons également obtenir quelques statistiques en rapport aux dossiers de plainte que ces dernières doivent traiter. A titre d'exemple, la MACSF publie chaque année un rapport sur le risque des professionnels de santé avec le détail des sinistres déclarés pour chaque spécialité(16). Sur le rapport de 2018, concernant les déclarations de l'année 2017, la sinistralité en médecine générale était évaluée à 0,79%, ce qui correspondait à 355 déclarations dont 284 en libéral sur un total de 45845 médecins sociétaires(17). Ce taux étant en amélioration par rapport à celui de l'année précédente où il était à 0,94%(17). Toutefois, l'analyse de ces plaintes doit rester prudente car elles ne sont pas toutes forcément liées à une erreur ou une faute, et n'aboutissent pas toutes à une condamnation du médecin concerné(18).

Lorsque l'on essaie de se pencher sur les étiologies de ces erreurs, on peut constater que les retards de diagnostic semblent être l'une des principales sources d'erreur en médecine générale(19). Mais, comme dit précédemment, se faire une idée précise du taux de survenue d'erreur médicale et de leur cause en médecine générale est une tâche plutôt ardue. Cette difficulté s'accroît par l'absence de déclaration systématique des erreurs lorsqu'elles se produisent(20)(21). Il convient donc de ne pas exclure d'envisager des chiffres plus élevés que ceux observés à travers les différents travaux et rapports d'assurance.

Par ailleurs, une autre problématique méritant d'être soulevée est celle du risque de surmédicalisation liée à la prévention du risque d'erreur médicale. En effet, qu'il s'agisse de prises en charge thérapeutiques, d'examens complémentaires, et même d'hospitalisations, il existe un risque de surmédicalisation en cas de prévention inadaptée de l'erreur médicale en médecine générale(22). Cette surmédicalisation, trouvant son origine entre autres dans une forme d'anxiété bienveillante du médecin vis-à-vis de son patient et de soi-même, s'accompagne naturellement et paradoxalement d'un risque accru d'une part pour le patient que l'on expose à certains actes ou traitements non justifiés et non dénués de conséquences, et d'autre part d'un coût économique majoré pour la société dans un contexte déjà très déficitaire.

3. Le médecin, une seconde victime

C'est le Dr Albert W Wu, médecin américain, qui a été le premier à parler de « seconde victime de l'erreur médicale » (23). En France, Dr Éric Galam reprend cette expression dans l'un de ses ouvrages(24). Ce dernier décrit l'erreur médicale comme un véritable « accident du travail à deux victimes », qui doit être accompagné et soigné comme tel(25). En effet, nous vivons dans une ère où l'erreur semble de plus en plus perçue par la société comme scandaleuse et insupportable. Et la charge pesant sur les épaules du médecin paraît s'alourdir au fur et à mesure que la médecine évolue et que les attentes des patients augmentent, avec des répercussions aussi bien psycho-sociales que judiciaires(26)(24)(27)(28). De plus, il apparaît évident que ces conséquences ne sont que très peu voire pas du tout prises en charge et qu'il existe là un réel chantier à appréhender dans le domaine de la santé du médecin(29).

Une étude qualitative réalisée auprès de 15 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes a permis de mettre en évidence dans les suites d'événements indésirables identifiés comme tels, des conséquences psychiques parfois importantes(30). Parmi ces conséquences psychiques, 17 types ont pu être identifiés dont les trois principaux étaient la culpabilité, le stress psychique et la colère. La culpabilité est l'un des points revenant le plus souvent à travers les différents travaux réalisés ; cette culpabilité pouvant perdurer longtemps après la survenue de l'erreur(1).

Il est également intéressant de souligner que le risque de devoir faire face à une plainte de patient en médecine générale est plus élevée que l'on pourrait l'imaginer, en comparaison à d'autres spécialités(6)(31). En effet, la médecine générale est en nombre de cas la seconde spécialité la plus souvent mise en cause, juste derrière la chirurgie et devant l'anesthésie réanimation. A titre d'exemple, sur le rapport annuel 2017 de la MACSF, la chirurgie domine et comptabilise 123 mises en cause, la médecine générale suit en seconde position avec 92 mises en cause, et l'anesthésie réanimation occupe la troisième position avec 52 mises en cause(17)(31). Sur ce même rapport, lorsque l'on se penche sur les coûts d'indemnisation judiciaire, la chirurgie reste en tête avec un coût à hauteur de 6520K€, la médecine générale suit avec un coût de 6116K€, et la troisième position est cette fois-ci occupée par la gynécologie obstétrique avec un coût évalué à 5788K€. Toutefois, si le nombre de plaintes et mises en cause de médecins a augmenté, ces derniers ne sont pas pour autant plus nombreux à être directement incriminés en matière de responsabilité médicale(18). En effet, très souvent, ces affaires n'ont pas forcément une dimension punitive pour l'auteur des faits, mais plutôt une fonction réparatrice pour le patient

victime(18). Il n'en demeure pas moins que ces procédures restent vécues par les médecins concernés comme traumatisantes de par les reproches formulés par les patients et/ou les familles des patients ainsi que de par la durée des procédures(32). Les reproches formulés vont également avoir pour conséquence une rupture du lien de confiance entre le soignant et son patient.

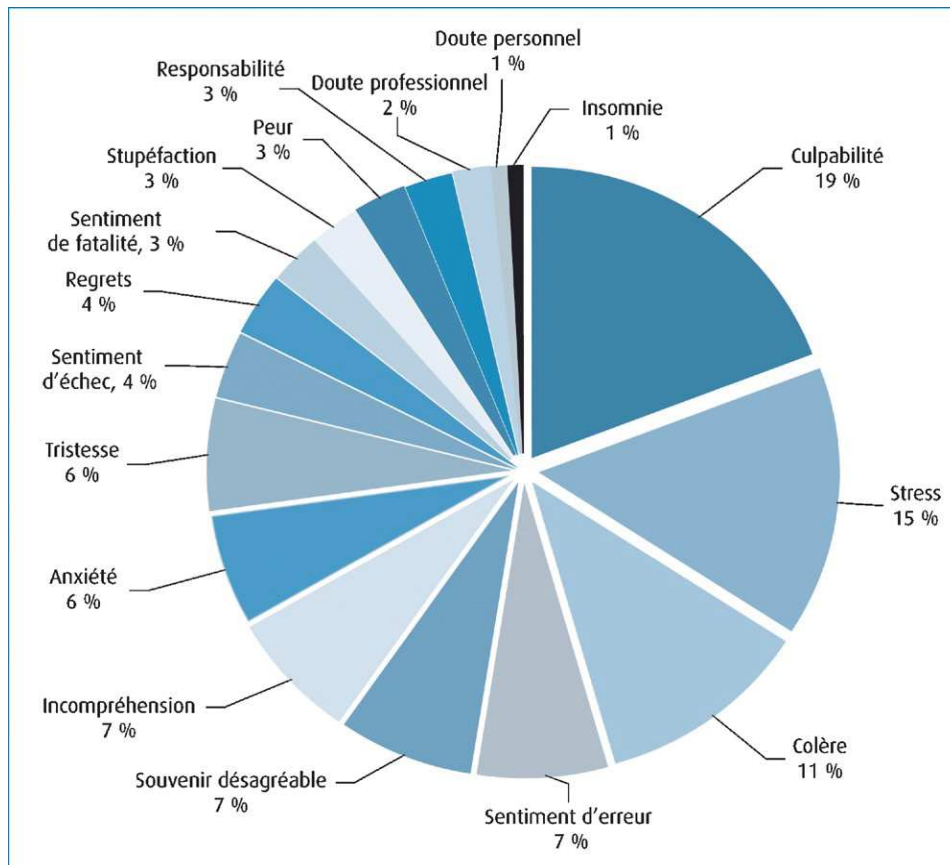


Figure 1 : Représentation graphique de l'importance des éléments d'impact sur le psychisme des médecins généralistes par type de conséquence (valeurs arrondies à l'unité)(30)

B. Définitions et généralités

Avant d'envisager un travail sur l'erreur médicale, il convient de définir quelques notions. En effet, dans l'imaginaire commun, certains mots ou expressions peuvent avoir des significations plus ou moins claires, voire confuses. Et il est vrai que lorsque l'on parle d'erreur médicale, il est difficile de trouver une définition qui puisse faire consensus. Dans l'un de ses articles, Éric Galam cherche à dissocier les trois notions suivantes(25) :

- L'erreur : « L'erreur correspond à un dysfonctionnement censé évitable, par rapport à une norme théorique et forcément partielle, mais reconnue comme valide. Ce niveau s'inscrit dans le registre de la compétence et donc de la formation qui inclut la connaissance de ses qualités et de ses faiblesses en tant que soignant. »,
- Le reproche : « Le reproche se traduit par une critique formulée, voire une procédure juridique engagée par la personne lésée ou son entourage, à l'encontre de la personne supposée responsable de l'erreur alléguée ou réelle. Il s'inscrit le plus souvent dans une problématique relationnelle, indépendamment de la gravité de l'erreur commise. »,
- La faute : « La faute doit être prouvée. Elle suppose la tromperie ou la négligence. Quand elle survient, la sanction judiciaire suppose une plainte civile ou pénale, et nécessite l'existence d'un préjudice, d'une faute, et d'un lien de causalité entre les deux. ».

Dans la littérature française, il est souvent fait mention des événements indésirables associés aux soins pour parler d'erreur médicale, et nous pouvons retrouver la définition suivante sur le site de la HAS (Haute Autorité de Santé)(15) :

- « Un événement indésirable associé aux soins est un événement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet événement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin et n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie. »

Ces événements indésirables associés aux soins ont été classifiés selon différents outils parmi lesquels la TAPS Taxonomy et la méthode des Tempos(33)(34)(35)(36). La taxonomie de Makeham, par exemple, répertorie différents types d'erreur selon leur mécanisme étiologique(37).

Classification des EIAS selon la taxonomie de Makeham

- 1. Erreurs de procédures de soins**
 - 1.1 Erreurs liées à la coordination du système de soins**
 - 1.1.1 Identification incorrecte du patient
 - 1.1.2 Rendez-vous et messages
 - 1.1.3 Enregistrement du dossier du patient
 - 1.1.4 Système de rappel
 - 1.1.5 Système informatique
 - 1.1.6 Maintien d'un environnement physique sûr
 - 1.1.7 Disponibilité de soins, heure, personnel inadéquat
 - 1.1.8 Secret Professionnel
 - 1.1.9 Pratique ou procédure de soins non spécifiée
 - 1.2 Erreurs liées aux examens complémentaires**
 - 1.2.1 Identification incorrecte du patient
 - 1.2.2 Processus de requête d'un examen
 - 1.2.3 Processus d'entreprise d'un examen
 - 1.2.4 Processus de compte-rendu ou gestion de compte- rendu
 - 1.2.5 Autres
 - 1.3 Erreurs liées aux traitements médicamenteux**
 - 1.3.1 Rédaction électronique ou manuscrite de prescription
 - 1.3.2 Autre erreur liée à la réalisation d'une prescription
 - 1.3.3 Délivrance du traitement
 - 1.3.4 Auto médication par le patient
 - 1.3.5 Autres
 - 1.4 Erreurs liées aux traitements non médicamenteux**
 - 1.4.1 Processus de vaccinations
 - 1.4.2 Processus d'entreprise d'un traitement non médicamenteux
 - 1.4.3 Autres processus non spécifié
 - 1.5 Communication et autres processus non spécifiés**
 - 1.5.1 Avec le patient
 - 1.5.2 Avec l'hôpital
 - 1.5.3 Avec les autres soignants du parcours de soins
 - 1.5.4 Erreurs de référents dans le parcours de soins
 - 1.5.5 Autres
- 2. Erreurs de connaissances et de savoir-faire**
 - 2.1 Erreurs de diagnostic**
 - 2.1.1 Dans la prise des antécédents ou interrogatoire du patient
 - 2.1.2 Dans l'examen clinique
 - 2.1.3 Dans les examens complémentaires demandés
 - 2.1.4 Dans l'interprétation des examens complémentaires
 - 2.1.5 Erreurs de connaissance des bonnes pratiques
 - 2.1.6 Autres
 - 2.2 Erreurs de gestion de soins du patient**
 - 2.2.1 Gestion d'un traitement médicamenteux
 - 2.2.2 Erreur de savoir-faire dans la gestion d'une vaccination
 - 2.2.3 Erreur de savoir-faire dans la gestion d'une procédure
 - 2.2.4 Autres

Makeham MA, Dovey SM, County M, Kidd MR. An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. *Med J Aust.* 2002 Jul 15;177(2):68-72.

Figure 2 : Taxonomie de Makeham(37)

C. Problématique et objectifs

Dans une période où l'exigence de l'excellence en matière de santé est devenue le standard, le médecin, et a fortiori le médecin généraliste, se trouve de plus en plus confronté à la question de l'erreur médicale(38). Cette notion d'erreur médicale, parfois abstraite et mal définie, souvent tabou dans le milieu, n'est donc pas sans conséquences, et il convient d'en diminuer le risque au maximum(39). Comme nous avons pu l'évoquer précédemment, la sécurité du patient doit être au centre de nos préoccupations en raison du risque non négligeable d'événements indésirables graves. Par ailleurs, les éventuelles répercussions de ces erreurs pour le soignant sont également un effet indésirable qu'il convient de diminuer.

De par sa place unique dans le parcours de soin, le médecin généraliste, soignant de premier recours à un stade indifférencié des maladies, est confronté à des difficultés qui lui sont propres. S'il existe de nombreux outils de prévention et travaux sur le sujet dans d'autres spécialités et notamment en milieu hospitalier, il est toutefois légitime de s'interroger sur l'état des lieux en médecine générale.

L'objectif principal de ce travail est de recueillir auprès des médecins généralistes les moyens utilisés pour se prémunir de l'erreur médicale. L'objectif secondaire est de dégager des perspectives de méthodes qui pourraient être exploitables pour l'ensemble des omnipraticiens afin de réduire le risque de survenue d'erreurs, et leurs conséquences pour les soignants.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Étude qualitative

1. Choix de la méthode

Notre choix s'est d'emblée porté sur une méthode qualitative en raison des possibilités d'exploration en profondeur qu'elle offrait(40). En effet, l'objectif principal de ce travail étant d'enquêter auprès de médecins généralistes sur les moyens qu'ils utilisent pour se prémunir face au risque d'erreur médicale, cette méthode nous a semblé plus adaptée qu'une analyse quantitative, dans le but de recueillir les données les plus diverses possibles et dans toute leur complexité. Par ailleurs, contrairement à l'enquête quantitative, l'approche qualitative permet le recueil de réponses spontanées de la part des participants, et non suggérées par l'enquêteur.

2. Analyse par théorisation ancrée

Pour ce faire, l'idée a été de réaliser des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes et d'en analyser les contenus par la méthode de théorisation ancrée(41)(42). La théorisation ancrée, ou grounded theory, est une approche de théorisation empirique et inductive décrite par Glaser et Strauss en 1967(41). Ainsi, la finalité est l'élaboration d'une théorie se basant sur les données recueillies (et dans notre cas, les données étant le contenu des entretiens réalisés).

De cette manière, aucune hypothèse préalable n'a été mise en avant, et les données recueillies, analysées et classifiées, nous ont donné la direction à suivre jusqu'aux conclusions de ce travail. Pour cette raison, aucune revue de la littérature n'a été faite en amont, afin de minimiser le risque de biais de préconception lors de l'analyse. Les résultats dépendent donc des données recueillies et non d'éventuelles préconceptions.

B. Population étudiée

1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Il a été convenu d'inclure des médecins spécialisés en médecine générale, titulaires d'une thèse de médecine, en cours d'exercice et installés en soins primaires ambulatoires. De ce fait, et afin

de préserver l'homogénéité centrée sur la médecine ambulatoire de l'échantillon, ont été exclus les médecins généralistes exerçant de manière exclusive en milieu hospitalier. Pour des raisons pratiques de proximité géographique, les participants ont été sélectionnés au sein des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, et de Moselle.

2. Diversification de l'échantillon

Sur les conseils d'enseignants du DMG (Département de Médecine Générale) de Strasbourg, à l'occasion d'ateliers organisés pendant le séminaire « Recherche qualitative »² de juin 2018, le mode de recrutement a été volontairement diversifié et adapté au fur et à mesure par sélection de proche en proche. L'échantillonnage a donc été intentionnel sur critères prédéfinis. En effet, s'agissant d'une approche qualitative et non quantitative, la nécessité d'un recrutement aléatoire n'était ni indispensable, ni même souhaitable. Cette subjectivité de recrutement était donc assumée. Il fallait en revanche sélectionner des participants au sein des limites des critères d'inclusion prédéfinis, tout en s'efforçant de diversifier au maximum l'échantillon. Les critères de sélection étaient donc multiples. Dans ce souci d'enrichir les données recueillies, nous avons souhaité équilibrer au maximum l'échantillon entre les différentes catégories suivantes :

- Sexe,
- Age,
- Durée d'exercice,
- Mode d'activité (individuel, association),
- Zone d'activité (urbaine (plus de 10000 habitants), semi-rurale (de 2000 à 10000 habitants), et rurale (moins de 2000 habitants)).

Par ailleurs, et toujours pour les mêmes raisons, certains des participants ont été sélectionnés avec des caractéristiques spécifiques (activité en maison de santé, activité complémentaire de médecin sapeur-pompier, permanenciers régulateurs au SAMU, médecins généralistes au sein d'associations spécialisés dans l'urgence 24/7, activité mixte hospitalière et libérale...).

² Séminaire « Recherche qualitative » organisé par le DMG de Strasbourg dans le cadre des formations optionnelles pour le DES de Médecine Générale

3. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été fonction de l'évolution du recueil de données. En effet, lors d'une étude qualitative via analyse d'entretiens, le recrutement des participants peut s'arrêter lorsque les entretiens ne produisent plus de données nouvelles. On appelle cela la saturation des données(43). Après avoir constaté que les mêmes idées deviennent redondantes d'un participant à l'autre, deux ou trois derniers entretiens peuvent être ajoutés afin de clore l'échantillon.

4. Consentement des participants et anonymisation

Chaque participant inclus s'est vu remettre un formulaire d'information et de consentement³ à signer. Ce formulaire a été élaboré selon un modèle adapté à ce type d'études(44). Pour des raisons évidentes, l'inclusion des médecins dans le projet a été rendue anonyme par codage de l'identité de chaque participant.

C. Entretiens

1. Contexte des entretiens

Les entretiens ont tous été individuels et semi-dirigés. Concernant le choix du lieu, il fallait d'une part qu'il soit suffisamment calme et confortable pour le bon déroulement de l'entretien, et d'autre part qu'il convienne au médecin interviewé, de manière à occasionner le minimum de dérangement possible. Tous les entretiens ont été enregistrés via un dictaphone électronique. Quelques notes ont été prises pendant les entretiens permettant le cas échéant de peaufiner la retranscription des enregistrements.

2. Canevas d'entretien

Les interviews suivaient un canevas d'entretien⁴ établi en amont et composé de questions autour des grands axes de l'étude. Les questions posées devaient être ouvertes, et l'ordre importait peu. Il fallait en revanche permettre une grande souplesse à l'intervieweur et à l'interviewé sans

³ Annexe 1, page 174

⁴ Annexe 2, page 177

jamais influencer l'interviewé dans ses réponses(45). Ainsi, au fur et à mesure de l'enchaînement des entretiens, cette trame a pu être modifiée et adaptée. D'une interview à l'autre, ces dernières pouvaient prendre des tournures différentes.

3. Retranscription des entretiens

Ensuite, à l'issue de chaque entretien, une retranscription a été réalisée dans un court délai par l'intervieweur lui-même afin d'optimiser l'anonymisation des données, et surtout de minimiser le risque de biais lié à la retranscription. La retranscription a été réalisée de manière intégrale, fidèle, et respectueuse pour l'interviewé, selon le modèle proposé par Thibaud Rioufreyt(46). Le fil conducteur de la retranscription était donc basé sur deux piliers essentiels, la fidélité autant que possible à l'enregistrement de l'entretien, et le respect de l'anonymat du participant(46). Les retranscriptions ont été faites directement sur le logiciel Word, sans qu'aucun outil de reconnaissance vocale ne soit utilisé. En plus d'être intégrale, la retranscription des entretiens a été littérale, en reprenant « les interjections, les tics de langage, les fautes de syntaxe et de concordance des temps, les subordinées hachées ou bouleversées, les redites, les répétitions, les impropriétés de langage, les mots d'argot ou familiers, les mots de liaison ou de ponctuation du discours, les mots destinés à entretenir la communication ou l'attention de l'interlocuteur... »⁵(47). Un code typographique standard a été utilisé et inchangé pour l'intégralité des retranscriptions(48). Enfin, certains éléments contextuels permettant de restituer le sens des énoncés retranscrits ont été insérés à la retranscription sous forme de paratexte(49).

Le respect de la confidentialité des participants a donc été l'une de nos préoccupations. Dans cette optique, quelques modifications ont dû être apportées pendant l'étape de retranscription, en s'efforçant de ne pas modifier le sens des données recueillies. Ainsi, certaines parties ont été soit légèrement modifiées, soit retirées. L'anonymisation de la retranscription et donc des fichiers Word obtenus a été réalisée selon la codification de l'identité de chaque participant établie en amont.

⁵ Définition de « Littéralement » selon Florence Descamps dans « L'historien, l'archiviste et le magnétophone » (« Chapitre premier : De l'extraction des informations à la transcription intégrale »)

Pendant la retranscription, un journal d'enquête servait de support pour y noter les éléments d'orientation, les hypothèses, les pistes à creuser(46). Ce support a pu servir pour l'établissement des codes de la classification des données à analyser.

4. Codage et classification des données

Enfin, l'analyse a consisté à coder, répertorier et classifier toutes les idées pertinentes issues des entretiens. Ce codage s'est fait dans un premier temps manuellement directement sur papier après impression des retranscriptions, et dans un second temps via le logiciel ATLAS.ti en reliant le texte à des concepts sans avoir à revenir sur les entrevues(50). Cette double analyse et classification a permis d'optimiser l'extraction des données pertinentes, tout en diminuant le risque de biais d'interprétation.

III. RESULTATS ET ANALYSE

A. Caractéristiques des participants et des entretiens

1. Caractéristiques de l'échantillon recruté

Au total, 20 médecins généralistes ont été sélectionnés pour participer à cette étude. Dans un souci d'anonymisation, il leur a été attribué à chacun un code d'identification de manière aléatoire allant de 1 à 20. Parmi les médecins inclus, je connaissais environ la moitié des participants, les autres ayant été soit recommandés par les premiers et recrutés de proche en proche, soit ciblés et sélectionnés selon certaines caractéristiques spécifiques de leurs profils.

Une très bonne répartition de sexe et d'âge a pu être réalisée. En effet, l'échantillon était composé de dix femmes pour dix hommes, avec une moyenne d'âge de 47 ans et une médiane calculée à 44 ans. Le participant le plus jeune était âgé de 32 ans, contre 73 ans pour le plus âgé. Concernant la durée d'exercice, la moyenne était d'environ 18 ans avec une médiane calculée à 17 ans. Le médecin le moins expérimenté avait une durée d'exercice de 3 ans, contre 46 ans pour le plus expérimenté. Parmi eux, seulement deux médecins exerçaient de manière individuelle, tandis que les autres étaient tous installés en cabinet d'association. Pour ce qui est de la zone d'activité, 16 d'entre eux exerçaient en zone urbaine dont 5 en ZFU (Zone Franche Urbaine), et 4 en zone semi-rurale dont 2 en ZRR (Zone de Revitalisation Rurale). Par ailleurs, on note la présence de 4 médecins exerçant en maison de santé, de 7 médecins exerçant dans des cabinets spécialisés dans l'urgence en ambulatoire et en temps continu 24/7, d'un médecin avec une activité complémentaire de médecin sapeur-pompier et d'un médecin avec une activité mixte hospitalière et ambulatoire. Enfin, 6 d'entre eux étaient également maîtres de stage.

2. Caractéristiques des entretiens réalisés

Les entretiens ont pour la plupart été réalisés au sein du cabinet médical du médecin interviewé et ont duré en moyenne 34,6 minutes, avec une médiane calculée à 34 minutes. L'entretien le plus court a duré 18 minutes, contre 83 minutes pour le plus long. Les entretiens se sont tous, sans exception, déroulés dans une atmosphère conviviale et détendue. Les enregistrements audios ont ensuite été retranscrits rapidement et de manière intégrale selon les modalités précisées dans le chapitre précédent.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon recruté

Code du Participant	Sexe (F=Femme) (H=Homme)	Age (Ans)	Durée d'Exercice (Ans)	Zone d'Activité	Mode d'Installation	Maître de Stage	Spécificités de l'Activité	Durée de l'Entretien (minutes)
1	F	69	42	Semi-rurale, ZRR	Individuel	Non	/	36
2	F	41	10	Urbaine	Association	Non	Maison de Santé	22
3	F	44	16	Urbaine, ZFU	Association	Non	Urgence 24/7	19
4	F	32	4	Urbaine	Association	Non	Activité Mixte Hospitalière et Ambulatoire	53
5	H	62	34	Urbaine	Association	Oui	/	30
6	H	36	8	Urbaine, ZFU	Association	Non	Urgence 24/7	43
7	F	55	26	Semi-rurale	Association	Oui	Maison de Santé	32
8	H	35	3	Semi-rurale, ZRR	Association	Non	/	29
9	F	32	3	Urbaine	Association	Non	/	23
10	H	73	46	Urbaine	Individuel	Non	/	33
11	H	60	29	Urbaine	Association	Oui	/	41
12	H	33	4	Urbaine, ZFU	Association	Non	Urgence 24/7	39
13	F	32	4	Urbaine	Association	Non	/	18
14	H	48	18	Urbaine	Association	Oui	Urgence 24/7	41
15	F	42	13	Urbaine, ZFU	Association	Non	Urgence 24/7	19
16	H	61	33	Urbaine	Association	Oui	Maison de Santé	36
17	H	61	32	Semi-rurale	Association	Oui	Maison de Santé / Médecin Sapeur-Pompier	49
18	H	43	11	Urbaine, ZFU	Association	Non	Urgence 24/7	23
19	F	48	19	Urbaine	Association	Non	Urgence 24/7	83
20	F	36	6	Urbaine	Association	Non	/	23

3. Codage des données recueillies

Suite à l'étape de retranscription des entretiens, il a été réalisé un codage des concepts et idées qui en ont découlés. Dans un premier temps, ont été codés, analysés et classifiés tous les entretiens de façon manuelle. Puis ces codes ont ensuite eux-mêmes été classifiés et organisés au sein de trois grandes parties reprenant les grands axes du canevas d'entretien. Dans un deuxième temps, un second codage plus fin a été réalisé via le logiciel informatique ATLAS.ti qui nous a à la fois permis de confirmer certains résultats issus de la première étape, mais également d'en préciser d'autres. A l'issue de cette seconde étape, 2057 citations ont pu être codées sur l'ensemble des entretiens, et une classification finale⁶ des données recueillies comportant un total de 279 codes a pu être établie.

Compte tenu du choix d'une méthode qualitative par théorisation ancrée, nous ne nous sommes pas intéressés à la dimension quantitative de chaque code car une telle approche n'aurait pas été pertinente au vu du nombre d'entretiens réalisés. A titre d'information, le nombre de citations par code est tout de même précisé sur la classification des données recueillies. C'est donc sous forme descriptive et narrative que nous retrouverons les résultats bruts de l'analyse.

B. Perception de l'erreur médicale par les participants

1. Définitions

- L'erreur médicale

« *Perte de chance pour le patient, que j'aurais pu éviter* » (Entretien 11, ligne 6)

« *Quelque chose d'inconscient* » (Entretien 12, ligne 21)

Pour beaucoup, l'erreur médicale n'est pas simple à définir. On peut néanmoins retenir que l'erreur est décrite par les participants comme inconsciente, involontaire, mais évitable, souvent issue d'un concours de circonstances et pouvant être de plusieurs types. Si l'erreur diagnostique est incontestablement la plus évoquée, d'autres types sont également cités tels que les erreurs

⁶ Annexe 3, page 178

de jugement ou d'orientation, les erreurs thérapeutiques, les erreurs de comportement, ou encore les erreurs par manque d'information. Il est par ailleurs intéressant de relever que certains participants, trouvant la symbolique du terme d'erreur trop lourde et connotée, suggèrent d'utiliser préférentiellement d'autres qualificatifs plus adaptés selon eux.

« Moi je chercherais un autre terme [...] je trouve ça [...] un peu rude comme terme. »

(Entretien 6, ligne 23)

- La faute

« Erreur c'est excusable, faute c'est non excusable » *(Entretien 11, ligne 67)*

Si pour certains la distinction entre l'erreur et la faute n'est pas évidente, pour la plupart, il existe clairement une dimension de gravité et de culpabilité supplémentaire lorsque l'on parle de faute. En effet, selon les médecins interrogés, elle se concrétise par un préjudice pour le patient suite à un défaut de moyens et/ou une négligence. Il en découle une culpabilité sur le plan déontologique que l'on ne retrouve pas dans l'erreur médicale.

« Il faut pas oublier qu'il n'y a pas une obligation de résultat. J'ai obligation de moyens »

(Entretien 14, ligne 81)

- Autres termes évoqués

D'autres termes sont évoqués lors des entretiens, souvent du fait d'un rejet du terme d'erreur pour les raisons évoquées précédemment :

- Événement indésirable,
- Échec,
- Omission,
- Aléa thérapeutique.

2. Perception du risque

« Depuis quarante-six ans [...] c'est comme si je montais en scène tous les jours. »

(Entretien 10, ligne 123)

Le risque d'erreur médicale est vu par les médecins interrogés comme inhérent à la pratique du métier. Ce risque est très souvent source d'anxiété pour les médecins interviewés. D'ailleurs, la très grande majorité des participants déclare penser à ce risque d'erreur médicale très souvent, voire même pour certains à chaque consultation.

3. Facteurs de risque d'erreur médicale évoqués par les participants

L'erreur médicale est souvent décrite comme multifactorielle et de très nombreux facteurs de risque de survenue d'erreur sont spontanément évoqués. Même si ce point n'est pas forcément l'objet de ce travail, les citations portant sur ces facteurs de risques ont tout de même été codées pour essayer de comprendre les moyens évoqués et de dégager d'éventuelles perspectives.

- Incertitude

« On n'est pas sur des mathématiques [...] on est sur de l'humain en face qui peut évoluer »
(Entretien 14, ligne 319)

Parmi ces facteurs de risque, l'idée de travail en situation d'incertitude est très présente. Toutefois, si la plupart des facteurs de risque semblent être des problématiques à diminuer au maximum, cette incertitude est acceptée car inhérente à la pratique du métier, assumée, et même paradoxalement considérée comme nécessaire. En effet, l'incertitude est à la fois présentée comme un facteur de risque d'erreur, mais également, à travers le doute et l'humilité qu'elle implique, un moyen de prévention de l'erreur.

« Donc, je considère que les généralistes, et moi en particulier, euh... j'suis un expert du travail en situation d'incertitude. [...] c'est exceptionnel que j'aie... des certitudes »
(Entretien 16, ligne 220)

- Limites personnelles du médecin

« Tu peux être fatigué, en burn-out, ou autre, avoir des limites à un moment X ou Y. Préoccupé par des soucis d'ordre personnel et pas être totalement investi dans ta... dans ta capacité professionnelle. » (Entretien 3, ligne 253)

Le médecin est présenté à de nombreuses reprises comme faillible. Certains rappellent même son caractère humain. A ce titre, il peut avoir ses propres limites, d'ordre professionnel ou non, et pouvant constituer un éventuel handicap dans l'exercice du métier. L'une des limites évoquées est l'état de santé du médecin, qui n'est pas forcément toujours optimal.

« Sachant qu'il y a des jours où tu peux plus que d'autres quoi. [...]t'as le droit d'avoir fait une migraine, d'avoir passé une nuit blanche et le lendemain d'être la tête dans l'cul »

(Entretien 11, ligne 147)

Par ailleurs, le risque de burn-out est souvent cité par les participants. Ces derniers pensent que la profession n'est pas épargnée par ce type de troubles psychologiques en raison du stress important subi quotidiennement. Ces périodes de décompensation sont également évoquées comme sources potentielles d'erreur médicale.

« De péter un câble, j pense qu'on est plus à risque oui. Et tu peux aussi faire une erreur parce que t'as péti un câble quoi. Hein. Le burn-out ça existe. » *(Entretien 11, ligne 713)*

- Facteurs liés à la formation

« Y a un tas de situations [...]que finalement l'université peut pas enseigner, parce que ils ne sont pas sur le terrain. » *(Entretien 17, ligne 860)*

La formation des médecins en France est sur certains points décrite comme insuffisante. Ainsi, concernant la formation hospitalo-universitaire, certains médecins la trouvent parfois inadaptée à la médecine générale. En effet, nombreux sont ceux évoquant les grandes difficultés ressenties au début de leur activité du fait d'un changement radical de repères. D'autres mettent en avant le manque de clarté et de faisabilité de certaines recommandations, ces dernières pouvant parfois évoluer très vite et être difficiles à mettre en pratique sur le terrain.

« Et puis, et puis est-ce qu'il est bon de suivre toutes les recommandations ? Euh à mon avis on surchargerait encore plus... les hôpitaux. » *(Entretien 6, lignes 479)*

- Manque de temps

« La difficulté c'est le temps. » (Entretien 19, ligne 531)

*« Et parfois t'es obligé de faire vite. Et là tu peux aussi passer à côté. »
(Entretien 7, ligne 644)*

Le temps est sans doute la ressource dont manque le plus les médecins interrogés. Il est souvent fait mention de ce manque en l'évoquant comme un véritable facteur de risque d'erreur. La principale raison expliquant ce manque de temps est la surcharge de travail. Dans ce contexte, la fatigue et le stress occasionnés s'accompagnent d'une moins bonne capacité d'attention.

« T'es obligé d'aller vite, t'as beaucoup d'travail, t'es un peu fatigué. [...] Parfois moi je fais un examen et puis j'suis au téléphone... après ça m'perturbe » (Entretien 7, ligne 226)

« Et donc, t'es plus sujet à ne pas être assez attentif, à ne pas avoir donné les bons conseils, à... ne pas avoir forcément... allé au bout de ta démarche intellectuelle, et donc tu vas arriver potentiellement, à une erreur. » (Entretien 14, ligne 296)

L'un des participants accuse d'ailleurs le manque d'encadrement des horaires des médecins d'être à l'origine d'une augmentation du risque d'erreur.

*« On peut faire cent heures par semaine si on veut ! [...] qui va t'empêcher de faire cent heures par semaine, sept jours sur sept, en prenant une semaine de vacances par an ? »
(Entretien 6, ligne 297)*

- Isolement du médecin

« Et on est quand même très seul dans le métier. » (Entretien 17, ligne 774)

L'isolement du médecin est également cité. Cet isolement peut d'ailleurs être encore plus marqué dans certaines zones géographiques et/ou en périodes de permanence de soins. S'il paraît moindre au sein des cabinets d'association, l'isolement y existe tout de même lorsque le dossier médical n'est pas partagé ou que les praticiens ne s'entraident pas mutuellement.

- Manque de moyens

« On souhaiterait des examens complémentaires. Les examens complémentaires sont tellement longs à obtenir dans le temps » (Entretien 17, ligne 418)

« Mais alors après t'as pas accès au... au spécialiste non plus. Pour moi c'est facile de faire une lettre. Mais si c'est six mois ! » (Entretien 7, ligne 433)

L'isolement cité plus haut va de pair avec le manque de moyens. Il peut en effet être difficile d'obtenir des rendez-vous dans des délais raisonnables pour certaines investigations complémentaires. Pour les demandes d'avis spécialisés, les délais de rendez-vous sont encore plus longs avec très souvent plusieurs mois d'attente. Et même lorsque l'on souhaite simplement demander un avis téléphonique à un confrère spécialiste, libéral ou hospitalier, certains déclarent se heurter à des difficultés. Ce manque peut également se faire ressentir lorsque l'on souhaite hospitaliser un patient. Le passage par les urgences est pointé du doigt par l'un des participants qui trouve que les personnes âgées n'y sont pas accueillies dans les meilleures conditions. Ainsi, pour quelques médecins interrogés, la surcharge de travail pesant sur certains services hospitaliers, notamment aux urgences, se répercute directement sur la qualité de la prise en charge en médecine de ville.

« Le contexte actuellement n'est pas toujours favorable. [...] cette difficulté à accéder au milieu hospitalier fait que l'erreur augmente un petit peu. » (Entretien 17, ligne 411)

- Facteurs liés au patient

« Mais là le mec en question, il [allait] tous les ans voir son cardiologue depuis vingt ans, ça faisait partie de sa routine, il a même pas pensé utile de m'le dire. »

(Entretien 11, ligne 339)

Si beaucoup de facteurs de risque d'erreur concernent les médecins, d'autres sont en revanche liés aux patients. L'un d'eux est le manque d'éducation du patient aux questions de santé. Les médecins interrogés déplorent par exemple qu'il n'est pas rare d'avoir des patients qui cachent, volontairement ou non, des informations importantes au médecin généraliste. Certains ont d'ailleurs raconté des exemples de situations qui ont abouti à des erreurs graves. Par ailleurs, la

prise en charge de patients non connus, et changeant de médecin fréquemment, constitue une réelle source de risque pour certains médecins.

« Ils me connaissent pas, ils me font pas forcément confiance » (Entretien 7, ligne 457)

Enfin, une dernière problématique évoquée est le manque d'observance, et même dans certains cas le refus du patient d'adhérer à la proposition de prise en charge du médecin. Un exemple cité est la réticence du patient à aller aux urgences et/ou à être hospitalisé.

- Difficulté de communication avec le patient

« Y a souvent le problème de la langue déjà, [...] où pour expliquer c'est déjà difficile. Et... et de deux, y a... ben y a des gens avec toutes sortes de QI » (Entretien 6, ligne 459)

La première difficulté citée est la barrière de la langue. Cette difficulté de communication peut également être consécutive à un niveau intellectuel bas ou à des troubles du langage du patient. Ce facteur de risque peut d'ailleurs être majoré s'il est associé à d'éventuels préjugés et/ou une certaine condescendance du médecin vis-à-vis de son patient.

- Intérêts économiques du médecin

Le dernier facteur de risque d'erreur médicale cité est le fait de faire passer au premier plan d'éventuels intérêts économiques au détriment de la sécurité et du bien du patient.

*« On fait de plus en plus rentrer des critères quantitatifs plutôt que qualitatifs, euh... on fait rentrer des notions d'argent, de cotation, d'acte, euh... de rendement, euh... de concurrence euh... et le patient ben parfois il en... il en paie le prix »
(Entretien 4, ligne 195)*

C. Prévention de l'erreur médicale

1. Santé du médecin

a. Moyens utilisés par les participants

- Santé

« On peut quand même penser qu'un médecin en bonne santé il fait moins d'erreurs qu'un médecin en mauvaise santé. » (Entretien 11, ligne 803)

La santé du médecin est présentée comme un facteur nécessaire à une bonne prévention de l'erreur médicale. Préservée, elle permet une bonne utilisation des capacités intellectuelles, physiques et psychologiques.

« D'être dans un état psychique et physique qui nous permette de les appliquer... [en parlant des moyens de prévention de l'erreur] » (Entretien 6, ligne 306)

- Hygiène de vie et bien-être

« Un, se traiter comme un champion olympique. C'est-à-dire boire, manger, dormir. » (Entretien 19, ligne 434)

Par ailleurs, une place importante est donnée à l'hygiène et l'équilibre de vie, en insistant sur le sommeil et le repos. L'équilibre de vie consiste entre autres à se ménager et à limiter raisonnablement son temps de travail. Au-delà de la santé psychique et physique du médecin, l'idée de bien-être est présente avec l'évocation par exemple du sport, qui est cité pour ses bienfaits en termes de santé physique d'une part, et d'autre part comme moyen efficace de faire retomber la pression et le stress accumulés au quotidien. L'une des participantes confie par ailleurs que le sport lui permet également de repousser ses limites au niveau professionnel.

« Par exemple faire du sport régulièrement ça aide [...] ça permet [...] de décharger le stress [...] de se challenger... de s'offrir des objectifs » (Entretien 4, ligne 867)

Cette notion de bien-être est d'ailleurs citée aussi bien concernant le cadre de vie extra-professionnelle que la vie professionnelle elle-même.

« Faut quand même être un peu... bien dans ses pompes en dehors de la vie professionnelle, [...] faut pas être surmené par autre chose » (Entretien 4, ligne 864)

b. Perspectives d'amélioration suggérées par les participants

« Mais y a pas de santé du médecin ! [...] Alors moi j'pense que ce serait intéressant qu'il y ait une médecine du travail du médecin » (Entretien 11, ligne 658)

Pour les participants, la santé du médecin est l'un des points à améliorer si l'on veut réduire le risque d'erreur médicale. Et ce d'autant plus que certains parmi eux évoquent les nombreuses carences dans ce domaine chez les médecins généralistes. L'une des propositions suggérées est la mise en place d'une médecine du travail pour tous les praticiens libéraux. D'autres propositions sont faites telles que l'encadrement du temps de travail, notamment les lendemains de gardes, la réévaluation des aptitudes physiques et intellectuelles, ou encore l'augmentation du nombre de praticiens. Pour les participants, ce vaste sujet qu'est la santé du médecin implique donc une prise de conscience au niveau des instances décisionnaires telles que l'Ordre des Médecins et la classe politique. Leur rôle est d'ailleurs pointé du doigt à plusieurs reprises.

« Ben il faudrait plus de médecins, ça c'est sûr. » (Entretien 17, ligne 873)

*« Ah ça je pense que c'est clairement le ministère [...] qui devrait faire quelque chose. »
(Entretien 6, ligne 323)*

2. Formation, recherche et expérience

a. Moyens utilisés par les participants

« Évidemment. Mieux on est formé, moins y a de risque d'erreur. » (Entretien 4, ligne 398)

La formation est quant à elle évoquée de manière quasi unanime comme moyen de prévention de l'erreur médicale. Qu'elle soit initiale ou continue, individuelle ou collective, via les universités ou encore par l'intermédiaire des laboratoires, elle a pour finalité principale la mise à jour des connaissances, et dans une moindre mesure l'acquisition de nouvelles compétences.

« A mon avis, à un moment donné on n'est plus à... à niveau. » (Entretien 3, ligne 259)

- Formation initiale

« Je considère qu'on a une très bonne formation en France » (Entretien 6, ligne 100)

« Le fait de... d'aller chez un maître de stage, ça permet quand même de... de voir un petit peu ce qu'est la médecine générale. » (Entretien 17, ligne 590)

En ce qui concerne la formation initiale, elle est présentée comme qualitative sur le plan théorique, et les bienfaits des stages pratiques en médecine générale sont clairement soulignés. En effet, qu'il s'agisse du stage d'internat de niveau 1 chez le praticien, inclus dans la maquette obligatoire, et davantage encore du stage de niveau 2 SASPAS, cette évolution de la formation universitaire est décrite comme une véritable avancée par les médecins interrogés.

*« [En parlant du SASPAS] Et en plus ça m'a permis, en termes de formation, d'être beaucoup plus... euh pertinent dans le choix de mes décisions et de mes prises en charges »
(Entretien 8, ligne 354)*

Le stage chez le praticien est donc un moyen évoqué pour parfaire la formation. Mais ce stage a également une autre finalité ; les quelques maîtres de stage participant à l'étude ont mis en avant l'intérêt de cette fonction dans leur progression en termes de formation continue. De manière générale, cette mission se traduit en pratique par une exigence professionnelle accrue, synonyme de meilleure qualité des procédures, et d'une remise en question permanente.

« J'ai un vieux à moi... un vieux maître à moi qui était interniste à l'hôpital et j'ai demandé « Maintenant que j'ai... j'ai fini ma formation initiale, quel est le meilleur moyen de se former pour être au courant ? », il m'a dit « Enseignez ! ». » (Entretien 5, ligne 265)

« J'enseigne, et je reçois des internes, et... je suis exigeant avec eux. Et du coup, je suis exigeant avec moi. » (Entretien 16, ligne 314)

- Formation continue

**« Donc là une fois par mois, premier jeudi du mois, c'est une FMC »
(Entretien 10, ligne 752)**

A l'issue de cette formation initiale, la place de la formation continue est primordiale du fait de l'évolution permanente des connaissances et recommandations. Pour ce faire, les médecins interviewés ont recours à différentes formes de formation parmi lesquels entre autres les séminaires de formation continue, les échanges entre pairs, les congrès, les lectures d'ouvrage médicaux ou de revues scientifiques. La formation continue est également l'occasion pour certains d'étendre leurs compétences à de nouvelles disciplines et/ou de nouvelles pratiques. Un des exemples cités est la formation à l'échographie, qui permet d'une part de plonger à nouveau dans certaines connaissances fondamentales telles que l'anatomie, et d'autre part d'offrir au patient une prise en charge plus globale et enrichie.

« C'est cette formation qui est tout au décours de la vie d'un praticien, qui est super importante. » (Entretien 14, ligne 273)

« Lire pas forcément que dans le domaine de la médecine [...] Ça développe l'esprit critique. Pour éviter de faire des erreurs, pour être conscient du risque d'erreur, faut avoir un esprit critique ! » (Entretien 4, ligne 922)

L'importance de parfaire sa culture générale est également citée, avec pour objectif une capacité d'ouverture plus large, permettant d'entretenir un esprit critique. Cette ouverture est par ailleurs un moyen pour appréhender d'autres domaines d'apprentissage non développés dans le cursus classique des études médicales et pouvant pourtant être très utiles dans la pratique.

**« Le dernier bouquin que j'ai lu, c'était la PNL. La PNL c'est... une façon... de comprendre son interlocuteur et d'utiliser ses termes pour qu'il puisse te comprendre. »
(Entretien 13, ligne 144)**

- Expérience

« **Ben... au bout de trente ans d'exercice, ça vient tout seul.** » (Entretien 17, ligne 646)

Enfin, l'expérience est souvent mise en avant comme moyen de prévention. Elle s'acquiert d'une part avec le temps, puis d'autre part en tirant des leçons des erreurs passées ; ces erreurs passées pouvant d'ailleurs être nos propres erreurs, ou bien encore celles des confrères. L'apport des groupes de pairs ainsi que des séminaires de prévention organisés par les compagnies d'assurance sont cités en exemple pour tirer des enseignements de ces erreurs.

« **Et encore aujourd'hui j'apprends, mes erreurs m'apprennent des choses.** »
(Entretien 16, ligne 303)

L'expérience est également un moyen pour certains d'acquérir ce flair, cette intuition, permettant d'éviter les pièges quand les choses semblent pourtant faciles.

« **C'est de l'intuition qui est... qui est nourrie par de l'expérience j' pense** »
(Entretien 5, ligne 154)

b. Perspectives d'amélioration suggérées par les participants

- Formation initiale

« **FORMATION ! Initiale déjà, formation initiale en augmentant les stages effectivement en médecine libérale.** » (Entretien 14, ligne 491)

Certains déplorent le fait que la formation initiale ne soit pas suffisamment pratique, et que la formation hospitalo-universitaire ne soit pas toujours adaptée aux problématiques rencontrées en médecine générale de ville. Ainsi, tout en reconnaissant les avancées récentes, l'idée de revoir une nouvelle fois les maquettes de stages d'internat de médecine générale est proposée. Par ailleurs, lorsque l'on se penche sur les différentes formations proposées et dispensées, notamment au niveau universitaire, le manque dans certains domaines d'apprentissage se fait ressentir. Quelques participants regrettent en effet que certaines thématiques parmi lesquelles l'erreur médicale ou l'éthique médicale ne soient pas suffisamment abordées.

- Formation autour de la notion d'humilité

« Il faut vraiment mettre dans la tête du médecin qu'il est pas infailible. Parce que y a certains médecins qui [...] pensent toujours avoir raison. » (Entretien 8, ligne 440)

D'autres insistent sur la nécessité d'accentuer notre formation autour de la notion d'humilité. Humilité qui selon eux manquerait cruellement dans la profession. Il s'agit là d'ailleurs d'un point qui revient très souvent chez la plupart des médecins interrogés, qui présentent l'humilité comme une qualité pouvant contribuer à réduire significativement le risque d'erreur médicale.

- Formation continue

« Le ministère de la santé, l'Ordre des Médecins, [...] la faculté, je pense qu'effectivement il faut qu'ils nous imposent des formations médicales. » (Entretien 12, ligne 492)

Concernant le manque d'assiduité des médecins aux formations, il a été proposé de mettre en place des mesures coercitives pour augmenter leur participation. Certains médecins interrogés allaient même plus loin encore en proposant de réévaluer l'aptitude des médecins à l'exercice de la profession, sur le modèle de ce qu'il se ferait ailleurs. Si certains parmi eux mettent donc en avant la nécessité de mettre en place ces mesures coercitives pour contraindre les médecins généralistes à respecter leur engagement en termes de formation continue, d'autres en revanche prônent plutôt la mise en place de mesures incitatives visant à réduire les difficultés rencontrées par les médecins pour se former. Ces difficultés pouvant être d'ordre financier, ou liées tout simplement à des contraintes d'emploi du temps et de gestion de cabinet.

« On marche mieux avec les incitations que les sanctions. [Rires] » (Entretien 18, ligne 337)

« PERMETTRE vraiment au médecin de pouvoir sans perte financière [...] de se former et de revenir au cabinet formé, apaisé aussi, et dans un rythme de travail un petit peu différent aussi. Les conditions telles qu'elles sont exercées actuellement en France, de la médecine, pour moi, sont propices à la création d'erreur médicale » (Entretien 14, ligne 559)

Une autre idée évoquée est de généraliser davantage la pratique des groupes de pairs, décrits comme très efficaces mais pas suffisamment nombreux. La pratique des RMM (Revue de

Morbidité et Mortalité), consistant à se retrouver entre pairs pour aborder et analyser en profondeur d'éventuelles erreurs et/ou manquements au sein du cabinet, est également proposée, sans pour autant être explicitement nommée par les participants. Si ce type de formation est pratiqué par certains, il manque très souvent le cadre organisé et régulier qu'une telle rencontre devrait avoir.

« Et puis surtout, moi ce que j'aimerais faire, mais j crois que ça n'existe pas là dans le coin, c'est de faire des réunions une fois par mois [...] avec d'autres confrères, et que chacun exprime euh son erreur » (Entretien 13, ligne 256)

- « Culture scientifique » en médecine générale

« Vous avez quasiment 90 % des cardiologues qui un jour ou l'autre dans l'année vont à un congrès. Chez les généralistes, c'est 10-12 %. Pourquoi ? » (Entretien 14, ligne 539)

Enfin, un dernier point évoqué est le manque de culture scientifique des médecins généralistes, en comparaison à d'autres spécialités médicales. En effet, cette lacune se traduirait par un manque d'assiduité aux formations tel que l'on a pu le voir précédemment, mais également par un manque de participation aux travaux de recherche. Pour le médecin évoquant cette problématique, il serait souhaitable que les médecins généralistes participent davantage à des actions de recherche et à la formation des internes. Pour ce faire, il propose d'insister auprès des jeunes générations sur l'importance de développer davantage cette culture scientifique au sein de la spécialité de médecine générale.

« Alors il faut déjà commencer par former les jeunes générations. A ça ! A une culture vraiment euh... scientifique. » (Entretien 14, ligne 506)

3. Équipement du cabinet

a. Moyens utilisés par les participants

- Livres et outils informatiques

« Je regarde quatre cinq fois par jour le Vidal » (Entretien 5, ligne 255)

Si l'on retrouve bien entendu la place des ouvrages en tout genre, parmi lesquels les guides thérapeutiques et bien entendu le fameux Vidal, les moyens informatiques tels que l'ordinateur ou le smartphone sont en revanche les plus fréquemment plébiscités. En effet, la star de ces entretiens est incontestablement l'ordinateur et son logiciel de gestion des dossiers patients, évoqués à de très nombreuses reprises.

« Le dossier médical informatisé m'a permis de réduire certains risques d'erreur que j'avais avec le dossier papier » (Entretien 16, ligne 320)

« J'utilise un logiciel d'aide à la prescription. C'est trop bien ! » (Entretien 16, ligne 333)

Ces équipements informatiques sont cités par les plus anciens comme une véritable révolution par rapport à l'époque du tout papier. Par le biais de ces logiciels, on peut par exemple optimiser les dossiers médicaux des patients, amoindrir le risque d'erreurs de prescription et même consulter le dossier d'un patient à distance. L'ordinateur permet également d'avoir accès via internet à de nombreuses bases de données en ligne dont les finalités peuvent être très variées. Certains exemples sont cités par les participants : antibioclic.com, lecrat.fr, ecglic.fr, antibiolor.org, le site de DReFC, ... On peut également avoir accès à internet via le smartphone, lui aussi très utilisé. Le téléphone mobile est le moyen idéal pour rester joignable et pour demander des avis lorsque l'on est en visite. Il permet par exemple de partager en urgence des photographies de lésions, de bandes ECG ou autres documents avec des confrères hospitaliers avant de leur adresser un patient. Il offre également la possibilité de traduire via Google translate ou autre une conversation avec un patient non francophone.

« Là j'ai un Saoudien qui est venu en consultation la semaine dernière. Il avait une application sur Google je crois, on est arrivé à se parler » (Entretien 6, ligne 578)

- Outils diagnostiques et thérapeutiques

D'autres outils tels que l'électrocardiogramme, l'échographe, l'oxymètre... sont cités. Ces moyens offrent donc un avantage pour le patient et contribuent souvent à accélérer un diagnostic ou une prise en charge.

« Là ils sont en train de développer l'écho dans notre cabinet. C'est un bienfait, je suis d'accord. [...] ça te permet d'éliminer un diagnostic. » (Entretien 6, ligne 401)

« Y a des choses qui nous aident, qui nous aident à aider les patients rapidement, à les sauver. Très clairement. [...] le [nébuliseur]ça nous a permis je pense de sauver des patients sur des crises d'asthme. » (Entretien 6, ligne 412)

- Quelques limites des équipements du cabinet

« Un jour il se trouve que j'avais deux dossiers ouverts et, malencontreusement, je lui ai fait les ordonnances dans le dossier de l'autre dame. » (Entretien 9, ligne 320)

En revanche, si les avantages de tous ces équipements sont clairement identifiés, il reste néanmoins quelques réserves concernant certains outils en particulier. Ainsi, un des points qui revient souvent, est l'erreur de prescription paradoxalement due à l'outil informatique. En effet, le confort de travail apporté par l'ordinateur peut augmenter le risque de travail par automatismes et il n'est pas rare d'avoir des erreurs de frappes ou autres lors de la saisie des ordonnances. Pour l'un des participants, l'ordinateur peut même par moments présenter un autre inconvénient lors de la consultation. Ce dernier nous met en garde face à la tentation d'être davantage concentré sur son écran plutôt que sur le patient lui-même. Pour lui, il ne faudrait pas se risquer à déshumaniser la relation médecin malade en négligeant notamment certains aspects fondamentaux de l'examen clinique tels que l'interrogatoire.

« La génération actuelle à mon avis, a plutôt tendance à se baser sur l'ordinateur [...] Mais il ne faut pas faire que ça » (Entretien 10, ligne 796)

Enfin, une dernière mise en garde concerne cette fois-ci le risque de se suréquiper et de pratiquer certains actes sans en avoir la maîtrise. L'effet obtenu pourrait alors être l'inverse de celui escompté par la survenue d'une éventuelle erreur. Ce point renvoie donc d'une part à la nécessité d'une forme d'humilité du médecin lors de sa pratique qui est abordée plus loin, et d'autre part à la formation pratique à d'éventuels actes techniques que l'on a pu évoquer précédemment. Par ailleurs, si l'on se penche cette fois-ci sur le risque encouru pour le médecin, l'utilisation de certains outils techniques tels que l'échographie ou l'électrocardiogramme par

le praticien peut augmenter la responsabilité déjà lourde de ce dernier, et de facto l'exposer à un risque accru de sanctions ordinales et/ou judiciaires en cas d'éventuels manquements.

« Mais de là à multiplier des choses qui deviennent de plus en plus sophistiquées [...] Là j pense que c'est clairement source de faute. [...] C'est bon, chacun son boulot ! »

(Entretien 6, ligne 416)

« Moi je pense que les outils [...] vont pousser à avoir de plus en plus de procès [...]

L'électro c'est déjà casse gueule. » *(Entretien 6, ligne 360)*

b. Perspectives d'amélioration suggérées par les participants

D'une manière générale, les participants proposent de poursuivre les progrès initiés par le développement des outils informatiques. En effet, ils sont dans l'ensemble plutôt satisfaits de ce qui existe déjà et souhaiteraient simplement pouvoir bénéficier de certaines améliorations. Ainsi, il est par exemple proposé d'intégrer dans les logiciels de gestion de dossiers des grilles décisionnelles adaptées à la médecine générale ou encore d'avoir accès à une base de données portant sur les antécédents des patients en ligne ou sur la carte vitale de ces derniers. Parmi les outils dont il faudrait améliorer les fonctionnalités, on retrouve bien évidemment le smartphone avec comme exemple cité, la possibilité de traduire des conversations lorsque l'on se retrouve en face de patients non francophones.

« Je pense qu'on arrivera un jour où... où on traduira en direct. On aura un petit micro et puis ça sera tellement intuitif [...] ça c'est des applications qu'il faut développer. »

(Entretien 6, ligne 494)

4. Temps de la consultation

a. Moyens utilisés par les participants

- Avoir la bonne attitude

« Donc c'est important de prendre une minute [...] pour entrer et dégager euh... un calme, une concentration, une sérénité. » *(Entretien 19, ligne 452)*

Parmi les moyens de prévention de l'erreur, ceux employés au moment de la consultation sont sans nul doute les plus nombreux et les plus fréquemment cités. Le premier élément à mettre en œuvre selon l'une des participantes est tout simplement d'aborder la consultation en ayant un état d'esprit serein et détendu. En effet, nous verrons plus tard que de ce climat bienveillant, obtenu par une telle approche, découleront plusieurs aspects essentiels de la consultation. Cette attitude sereine et détendue doit s'accompagner d'un souci du patient, d'une conscience professionnelle, qui se caractérise en pratique par une empathie et des efforts concrets, ayant pour finalité le bien du patient comme préoccupation principale.

« Moi j'ai l'impression que la meilleure arme pour ne pas faire d'erreur, c'est [...] avoir la conscience, avoir le souci, de ne pas faire l'erreur. » (Entretien 4, ligne 180)

« Moi j'ai toujours dit que... l'bon médecin généraliste c'est celui qui est empathique »
(Entretien 11, ligne 249)

- Rester humble

Nous l'évoquions précédemment, la notion d'humilité revient très souvent au fil des entretiens. Si nous retrouvons ce point dans la partie traitant de la formation, c'est véritablement lors de la consultation que cette humilité trouve toute sa place. Elle a en effet de nombreuses finalités et consiste dans un premier temps à accepter de ne pas tout savoir, de reconnaître ses limites, ...

« De toute manière la... la principale erreur, ce serait de faire des choses que tu sais pas faire. J pense que c'est ça le plus grave. » (Entretien 11, ligne 243)

... puis dans un second temps d'assumer ces limites devant le patient, ...

« Donc l'humilité permet de... de donner... un côté humain, d'humanité, et dire au patient... souvent ils acceptent... que le médecin est faillible. » (Entretien 19, ligne 707)

... et enfin, de se mettre au niveau de ce dernier pendant la consultation en l'écoutant lui et ses proches, sans préjugé ni condescendance.

**« Quand les patients viennent nous dire « Ouais, docteur, j'suis malade... », j'leur dis pas
« Vous avez tort, c'est moi qui ai raison », j'écoute ce qu'ils m'disent »**

(Entretien 8, ligne 505)

Certains font même le rapprochement entre cette humilité du médecin et la fin d'un modèle relationnel qu'ils jugent dépassé. Ainsi, le modèle paternaliste où le médecin savant sait et décide laisse place à un tout autre modèle où le médecin conseille humblement et laisse le patient maître de sa propre situation.

« Alors, quand j'étais à votre place, on était... paternaliste, « Je sais ce qui est bon pour vous, faites ce que je vous dis et tout ira bien. » Maintenant on est conseiller de santé, « Je vous informe, vous faites ce que vous voulez. » C'est vachement mieux. »

(Entretien 5, ligne 367)

« Rester toujours humble par rapport à sa profession. Ne pas penser que le médecin sait tout. Ça c'est fini ! Le médecin qui sait tout, c'était le siècle dernier. »

(Entretien 14, ligne 460)

- Mettre le patient en confiance

L'un des objectifs espérés de cette démarche d'humilité est de mettre le patient dans les meilleures conditions, afin d'une part de réduire l'anxiété de ce dernier, avec comme finalité de recueillir toutes les informations nécessaires durant l'interrogatoire et l'examen physique, et par-dessus tout d'obtenir son adhésion à la prise en charge.

« T'arrives à lever cette angoisse, il va t'dire des choses qu'il t'aurait pas dit, il va... se laisser examiner peut-être plus facilement » *(Entretien 11, ligne 207)*

- Rester vigilant en permanence

« C'est un métier où il faut rester toujours éveillé à mon avis » *(Entretien 10, ligne 179)*

Très souvent décrit comme inhérent à la pratique du métier, le risque d'erreur implique pour beaucoup une vigilance permanente au moment de la consultation. Pour certains, cette vigilance

est encore plus importante à l'occasion de situations à risque. Ainsi, il est prudent de se méfier lors de la rédaction de certificats médicaux, ...

« J pense qu'y a deux grands pièges en médecine. Euh c'est l'embolie pulmonaire et le certificat. [...] quand on nous demande des certificats, on fait attention à ce qu'on rédige, en étant très prudent. » (Entretien 5, ligne 38)

... en cas de pathologies infectieuses dans un contexte épidémique, ...

« Par exemple une épidémie de gastro, on fait attention à l'appendicite. Euh une épidémie de grippe, on fait attention à la méningite » (Entretien 5, ligne 20)

... ou tout simplement en cas de situation ou plainte inhabituelle.

« Des fois on sent... une situation... on n'a rien d'évident mais on sent que... y a quelque chose qui... qui cloche. » (Entretien 9, ligne 187)

Pour la plupart, penser au risque d'erreur est salutaire en termes de sécurité du patient, mais pour d'autres, même si la nécessité de garder à l'esprit ce risque n'est pas occulté, y penser excessivement peut tout de même être préjudiciable dans la prise en charge du patient.

« Je sais que je peux me tromper, du coup, toutes mes décisions... sont... entourées de cette... de cette ouverture possible. » (Entretien 16, ligne 207)

« Non, j'voudrais y penser moins. J pense que c'est... des fois c'est un frein, ou des fois ça nous fait prescrire des choses qu'on devrait pas. » (Entretien 8, ligne 108)

En effet, le risque à ce moment-là serait de travailler dans la crainte de répercussions d'une éventuelle erreur sur soi-même. La qualité de la prise en charge pourrait donc être amoindrie par une attitude peut-être trop auto-protectrice du médecin.

« Ça me nuirait parce que je ne serais pas totalement dans le lâcher prise. [...] je n'irais pas au bout, je serais pas aussi détendue que je le suis avec le patient. » (Entretien 3, ligne 104)

- Être systématique dans l'examen clinique

« L'interrogatoire complet. Un examen clinique complet. Ça c'est ma stratégie à moi »
(Entretien 3, ligne 136)

Au moment d'examiner le patient, que l'on parle d'interrogatoire ou d'examen physique, si l'on doit retenir un point des données recueillies, c'est la nécessité d'être rigoureux et systématique. Pour ce faire, quand certains parlent de trames de travail reproduites à chaque consultation, d'autres évoquent plutôt des automatismes acquis avec le temps.

« Dans ma tête, j'ai un schéma mental, une trame, de... de travail, auquel je... je... je réponds, quel que soit le patient. » (Entretien 3, ligne 30)

« J'ai attrapé des automatismes » (Entretien 1, ligne 155)

L'examen clinique débute par l'interrogatoire, lors duquel les médecins interrogés insistent sur la qualité de l'écoute du patient, de ses proches, et des différents soignants ou intervenants qui le côtoient au quotidien. Cette écoute n'est pas toujours simple, notamment lorsque le patient n'est pas francophone ; il est alors proposé de faire intervenir si possible un interprète pour faciliter au mieux la compréhension entre le médecin et son patient.

« Savoir écouter les gens, vous voyez ce que j'veux dire, disons, et faire attention au moindre symptôme quoi. » (Entretien 10, ligne 184)

Mais l'écoute ne suffit pas toujours, et le médecin doit parfois se transformer en véritable enquêteur pour orienter l'interrogatoire du mieux possible.

« J'vais chez eux à la maison, j leur dit « Montrez-moi tous les médicaments que vous prenez. » » (Entretien 19, ligne 294)

Les observations recueillies sont ensuite soigneusement intégrées dans le dossier médical dont la qualité et la richesse servent à optimiser le suivi du patient.

« Et j'essaie d'optimiser le dossier médical. » (Entretien 16, ligne 320)

- Chercher, vérifier, garder l'esprit critique

Ces premiers éléments permettent donc d'envisager les premières conclusions de l'examen. Il est néanmoins important, lorsque l'on reste dans le doute malgré un examen clinique bien conduit, de garder l'esprit critique, de continuer à chercher et de faire des vérifications si besoin.

« Je réexamine le patient une deuxième fois. » (Entretien 18, ligne 70)

- Établir une stratégie de prise en charge

Vient ensuite un autre temps, celui de la prise en charge à proposer au patient. Il est nécessaire d'établir une stratégie en anticipant d'éventuelles évolutions défavorables, et ce d'autant plus compte tenu du contexte de travail en situation d'incertitude évoqué précédemment. Ainsi, il convient tout d'abord d'anticiper toute évolution défavorable en laissant au patient des informations claires et comprises sur le diagnostic et les signes alarmants, puis des consignes simples et assimilées sur la prise en charge (traitements et examens complémentaires prévus).

« Parce que je veux qu'un patient, quand il... quand j'ai fini de le voir, il SACHE, ce que j'ai retenu, ce que j'ai compris de lui, et que lui, il ait compris » (Entretien 3, ligne 154)

Cette démarche inclut une stratégie de récupération, via les différents leviers suivants :

*« Si t'as pas prévu la récupération, ça pourrait devenir une erreur »
(Entretien 14, ligne 224)*

- Donner au patient une ordonnance et/ou un courrier de secours,

*« Quand ils sortent de chez moi, ils ont déjà un courrier pour les urgences au cas où »
(Entretien 2, ligne 287)*

- Rappeler au patient notre disponibilité en cas de besoin,

« J'dis « Revenez, si ça va pas, n'hésitez pas, j'suis là, revenez. » » (Entretien 7, ligne 524)

- Assurer le suivi des patients,

« Et les rappeler après les examens complémentaires ! » (Entretien 2, ligne 168)

- Dire au patient de consulter à nouveau ou de rappeler,

« J'essaie de prévenir l'erreur, en lui disant « Si ça évolue dans la soirée, n'hésitez pas à me... à nous rappeler » » (Entretien 12, ligne 50)

- Rappeler et/ou revoir les patients en cas de doute.

« Ce qui m'arrive aussi parfois, c'est de... de rappeler les gens ! » (Entretien 18, ligne 73)

- S'adapter au patient

« J'n'hésite pas à prendre au fait le téléphone et à appeler le confrère pour... pour qu'il puisse voir le patient rapidement. » (Entretien 2, ligne 118)

Il est nécessaire par moments de s'adapter aux patients selon des motifs divers et variés. Il peut par exemple s'agir de prendre soi-même un rendez-vous pour un patient lorsque le motif est urgent, d'adapter une prise en charge ou un suivi au niveau de compréhension de ce dernier ou de ses proches, ou bien encore de l'adapter au terrain et aux antécédents. Par ailleurs, l'une des participantes rappelle toute l'utilité que peut avoir l'éducation thérapeutique dans certaines situations, et auprès de certains patients en particulier.

- Obtenir l'adhésion du patient à la prise en charge

Cette stratégie de prise en charge accompagnée d'explications claires et comprises dans un contexte relationnel bienveillant et inspirant la confiance, doit donc susciter une adhésion du patient à la thérapeutique choisie.

« En lui expliquant les choses [...] on entraîne une adhésion de la part du patient à ta consultation et derrière à ta thérapeutique et à tes stratégies. » (Entretien 14, ligne 204)

- Vérifier les documents remis au patient

Nous avons évoqué précédemment le risque d'erreur de prescription sur le logiciel informatique. Les médecins ayant expérimenté ce type d'erreur font part de certains changements dans leurs habitudes dont le fait de relire systématiquement toutes les ordonnances au moment de les remettre au patient.

« Ben relire systématiquement l'ordonnance. Ce qu'on fait pas forcément à chaque fois quand c'est des renouvellements... » (Entretien 9, ligne 159)

- Prendre le temps nécessaire

« Prendre le temps de la consultation. Pas des consultations en deux minutes. »
(Entretien 2, ligne 277)

Enfin, pour mener à bien toutes ces tâches, la gestion du temps est un point fondamental à prendre en considération. Si beaucoup se plaignent d'en manquer, la nécessité de prendre son temps lorsque l'on est face au patient est tout de même mise en avant. Mais comme le temps n'est pas étirable, les médecins sont contraints de trouver des solutions aux impératifs auxquels ils doivent faire face. Lorsque certains font déborder leur temps de travail sur leur temps libre ou leurs soirées, d'autres essaient plutôt de trouver de mieux organiser ce temps si précieux. Ainsi, l'une des solutions proposées consiste tout simplement à gagner du temps sur des actes simples pour le restituer sur les actes les plus chronophages.

« En gagnant du temps sur... sur des gens qui sont... encore une fois c'est pas péjoratif, qui sont cortiqués et qui ont des diagnostics simples. J'le rattrape comme ça mon temps. »
(Entretien 6, ligne 634)

b. Perspectives d'amélioration suggérées par les participants

- Réhabilitation de l'examen clinique

L'un des participants déplore un recul de la clinique en médecine générale et en milieu hospitalier, au profit de l'utilisation excessive des divers plateaux techniques d'investigations

complémentaires que l'on peut avoir à disposition. Il propose tout simplement de réhabiliter l'examen clinique, en lui donnant à nouveau la place centrale qui lui revient.

« Il faut restaurer l'examen clinique, disons, hein. Et ça, ça manque actuellement. Qu'est-ce qu'on fait, on prescrit une IRM, on prescrit... un scan ou un écho [...] Et l'examen clinique ça passe au deuxième temps. » (Entretien 10, ligne 823)

- Grilles décisionnelles

Parmi les idées évoquées pour minimiser le risque d'erreur pendant la consultation, on retrouve le développement de grilles décisionnelles ou même la possibilité de clore chaque consultation par un check up vérificatif. Ces propositions sont tout de même nuancées par leur aspect chronophage pendant la consultation.

- Travailler sur la communication avec le patient

L'un des participants invite les médecins en général à davantage de clarté dans les informations et explications données à leurs patients.

« On sait très bien qu'un patient quand il sort d'une consultation il a pas intégré 60 % de ce qu'on lui a dit [...] c'est parce qu'on lui a pas dit de façon simple. » (Entretien 6, ligne 450)

« Tu fais un courrier, tu expliques ton courrier. » (Entretien 6, ligne 442)

- Éducation du patient

Pour minimiser ce risque d'erreur, une meilleure éducation des populations sur les questions de santé est également espérée. Cette éducation pourrait se faire dès l'enfance et l'adolescence, en milieu scolaire par exemple. Les objectifs seraient entre autres d'optimiser la qualité de l'échange pendant la consultation et de restaurer la confiance de la relation médecin malade.

« Si on prenait cinq minutes pour dire « Je vais chez le médecin parce que j'ai une angine, comment je prépare la consultation qui est très courte » » Entretien 19, ligne 959)

- Valorisation financière des actes longs

Une dernière proposition consiste à valoriser financièrement les actes longs et/ou complexes.

« Voilà, on devrait nous donner de l'argent pour [...] des choses où on prend plus de temps, où on a besoin de plus de temps. » (Entretien 6, ligne 670)

5. Travail collaboratif

a. Moyens utilisés par les participants

Parmi toutes les idées recueillies, la nécessité de travailler en collaboration avec d'autres professionnels de santé revient très fréquemment. L'idée de travailler seul est en effet perçue comme dangereuse et propice à la création d'erreurs médicales.

« On est complémentaire avec ses collègues qui peuvent reprendre la suite d'une garde. On est complémentaire avec euh le médecin en cabinet qui va revoir le patient. On est complémentaire avec les spécialistes qui sont là. On est complémentaire avec [...] le recours hospitalier d'urgence. » (Entretien 14, ligne 464)

- Travailler en association avec d'autres médecins généralistes

« Moi, il m'arrive fréquemment, quand je sais pas [...] d'appeler un de mes collègues, et de dire « qu'est-ce que t'en penses toi ? ». C'est l'avantage du travail en groupe. » (Entretien 3, ligne 379)

Compte tenu du grand nombre de participants exerçant au sein de cabinets d'associations entre médecins généralistes, les bienfaits d'un tel mode d'installation sont très largement évoqués. L'un des avantages mis en avant est la collégialité qui peut exister entre confrères, avec la possibilité de s'entraider, de se poser des questions, et de se conseiller mutuellement. L'activité en association permet également dans certains cas d'assurer une continuité des soins en cas d'absence ou de congé, notamment lorsque le dossier médical est partagé entre collègues. Cet avantage est encore plus marqué au sein des MSP ou de certains groupes, à l'instar de l'association SOS Médecins qui a une activité d'urgence en temps continu 24/7.

« On a un médecin qui peut être joignable ou qui peut intervenir 24h/24 [...] C'est-à-dire qu'à tout moment tu peux dire à ton patient euh... « [...]y a toujours quelqu'un chez nous, vous pouvez rappeler ». » (Entretien 14, ligne 230)

Par ailleurs, comme nous l'évoquions dans la partie traitant de la formation, l'entraide entre médecins généralistes peut également intervenir via les groupes de formation continue tels que les groupes de pairs ou équivalents. Ces moments d'échange et de formation sont décrits comme précieux afin de discuter des diverses problématiques rencontrées tout en mutualisant les connaissances et stratégies de travail.

« Chez nous, c'était cette idée de groupes de pairs, et c'était fortement intéressant, et en plus je pense que ça permet bien de souder un groupe » (Entretien 3, ligne 439)

- Recourir à des examens complémentaires

Pour réduire le risque d'erreur médicale, les médecins interrogés ont recours aux divers plateaux techniques qu'ils ont à leur disposition. Les demandes d'examens biologiques et d'examens échographiques sont parmi les plus cités de tous. Leur facilité d'accès en fait des moyens utilisés fréquemment et facilement.

« J'fais un peu plus d'examens complémentaires peut-être. J'fais pas mal de bio [...] de radio, d'écho... un peu plus ouais qu'avant. » (Entretien 7, ligne 203)

- Demander des avis

Même si cela n'est pas toujours évident, quelques médecins interrogés n'hésitent pas à appeler des confrères spécialistes, libéraux ou hospitaliers, pour demander des avis spécialisés. Les délais de rendez-vous pouvant être très longs et la volonté d'éviter d'envoyer inutilement des patients aux urgences poussent certains à agir de la sorte assez régulièrement.

« Que ce soit pour des problèmes ophtalmo, des problèmes ORL, j'ai... j'ai le spécialiste, l'interne de garde, le sénior de garde. [...] J'estime que ça peut m'éviter certaines erreurs » (Entretien 12, ligne 349)

- Développer son carnet d'adresse et son réseau de professionnels de santé

« Et il faut avoir un carnet d'adresse quoi » (Entretien 20, ligne 140)

Pour améliorer cette communication avec les confrères spécialistes, l'importance de développer au niveau local son réseau professionnel a été évoquée. De par leur dimension pluridisciplinaire, les MSP sont d'ailleurs un moyen efficace de développer ce carnet d'adresse. Lorsque les liens se créent entre le médecin généraliste et certains confrères d'autres disciplines, l'intérêt peut même dépasser le cadre du simple avis. En effet, ce partenariat peut déboucher sur une véritable collaboration et même dans certains cas devenir un réel vecteur de formation.

« Ben nous dans notre commune, on a on a un très bon cabinet de cardiologie, ils sont plusieurs [...] je vous donne un exemple, j'ai un patient, il est un peu oppressé, j'téléphone, ils le voient dans la journée [...] Et régulièrement on fait... un repas avec un des cardiologues sur les nouveautés en cardiologie. » (Entretien 5, ligne 558)

- Prendre des décisions de manière collégiale

Un autre élément évoqué est l'importance de prendre des décisions de manière collégiale lors de certaines situations compliquées. En effet, qu'il s'agisse de faire participer d'autres professionnels de santé ou la famille, la collégialité permet d'aider à prendre la meilleure décision en profitant des connaissances et compétences de chacun, mais aussi de partager la responsabilité de la prise de décision. Cette façon de procéder a également pour intérêt de libérer le médecin d'un poids et de lui permettre de travailler plus sereinement.

« Il y avait une limitation de soins à poser. Et donc là, j'ai tout de suite dit « Attention, fais pas d'erreur ! » [...] j'ai discuté avec un autre médecin, j'ai appelé les enfants de la patiente [...] tout a été mis au clair [...] après discussion collégiale » (Entretien 4, ligne 87)

- Collaboration avec les confrères spécialistes libéraux ou hospitaliers

L'un des recours lorsque le médecin généraliste est dépassé par une situation, qu'il se heurte aux limites de ses propres compétences, est d'adresser son patient à un confrère spécialiste.

« Je délègue assez facilement à un confrère spécialiste. » (Entretien 1, ligne 235)

Dans d'autres situations présentant une dimension d'urgence et/ou de gravité particulière, le médecin peut alors se retrouver confronté à la nécessité d'adresser directement son patient à un service hospitalier. Très souvent, la destination choisie est le service des urgences.

« Parfois, quand je suis vraiment dans le doute, et que j'ai un... une suspicion d'un risque vital, et que je peux pas avoir un spécialiste [...] j'hésite pas à adresser aux urgences. »

(Entretien 20, ligne 265)

- Avoir une activité mixte hospitalière et ambulatoire

L'une des participantes a la particularité d'avoir conservé une activité en milieu hospitalier. Les raisons qu'elle avance en faveur d'un tel choix sont nombreuses. En premier lieu, on peut citer le niveau de collégialité qui existe à l'hôpital et qu'elle ne retrouve pas en cabinet, et ce malgré un exercice en association. Par ailleurs, elle met en avant la satisfaction des patients d'être suivi par un médecin travaillant à l'hôpital, en raison notamment des facilités pour hospitaliser sans passer par les urgences. Enfin, un autre avantage cité est la dynamique collective qui peut exister en milieu hospitalier en termes de formation continue.

« Ben à l'hôpital, y a une certaine collégialité [...] Ici [en parlant du cabinet médical] on est quand même isolé. [...] Cette lacune que j'ai en médecine générale me pousse à garder toujours un pied en salariat. » (Entretien 4, ligne 604)

- Travailler conjointement avec le pharmacien

Plusieurs participants ont évoqué l'importance du rôle de garde-fou du pharmacien. En effet, ce dernier est l'un des remparts contre les erreurs de prescriptions. Sa relecture des ordonnances permet souvent de corriger d'éventuelles erreurs ; ces erreurs pouvant être accidentelles ou non. Il est donc important de travailler en étroite collaboration avec le/les pharmacien(s) de son secteur afin de pouvoir bénéficier de son/leur aide le cas échéant. Ils peuvent également, en leur qualité d'expert dans leur domaine, nous conseiller et répondre à nos éventuelles interrogations.

« Je compte sur le pharmacien, j'essaie de... de nouer des bons liens avec le pharmacien, pour lui demander conseil, et pour que... il me rappelle des trucs. »

(Entretien 16 / ligne 335)

b. Perspectives d'amélioration suggérées par les participants

Même s'il existe des progrès sur ce point, de nombreux manques sont clairement mis en avant. Pour améliorer la situation, les propositions sont plutôt nombreuses et variées.

- Favoriser le mode d'installation en association

Ce mode d'activité a été plébiscité par les participants pour les nombreux avantages qu'il présente. En effet, comme dit précédemment, la collégialité et l'entraide qui en résultent sont présentées comme un atout indéniable. Lorsqu'il s'agit de MSP (Maison de Santé Pluridisciplinaire), les bienfaits sont encore plus nombreux avec notamment la dimension supplémentaire de complémentarité entre des professionnels de santé issus de spécialités différentes.

« Le mot clef c'est les maisons médicales » *(Entretien 19, ligne 1062)*

- Lutter contre l'isolement de certains médecins

« Un médecin qui est débordé [...] qui est isolé, par exemple les médecins en campagne, peut-être qu'ils sont plus à risque de faire des des... des erreurs médicales. Comment on les aide ? Si ils ont pas un minimum de plateau technique autour » *(Entretien 4, ligne 823)*

Dans le même esprit, la proposition de venir en aide aux médecins exerçant de manière isolée est faite. Cet isolement est décrit comme une source de difficultés qui se répercutent sur la qualité des soins. S'il existe déjà des aides pour les médecins exerçant dans des zones isolées, ces aides sont souvent financières pour le médecin et n'ont donc pas forcément d'impact sur la prévalence des erreurs médicales. Ce qui est proposé, c'est donc d'apporter à ces médecins isolés de véritables solutions pratiques, en termes de prise en charge pluridisciplinaire. Un autre participant parle lui justement de cette difficulté d'accès aux soins qui peut être encore plus marquée pour les personnes âgées ou dépendantes.

« Quand on demande un examen complémentaire pour ces patients âgés, qu'on puisse le faire dans de bonnes conditions » (Entretien 17, ligne 694)

- Développer une culture de collégialité en médecine générale

L'idée de développer une culture de collégialité et de collaboration entre médecins généralistes, associés ou non, revient également. Cette collaboration peut se concrétiser en pratique sous différentes formes qui souvent existent déjà mais qui ne sont pas forcément suffisamment généralisées. Certains points ont d'ailleurs été évoqués dans la partie formation. L'un des exemples cités est le développement des RMM en médecine générale, à l'instar de ce qui existe en milieu hospitalier.

« Ouais ! Ça [en parlant des RMM en milieu hospitalier], ça devrait être fait en médecine générale. » (Entretien 3, Ligne 427)

- Développer des réseaux

« Je me dis que si on avait ça [en parlant du lien de collaboration avec des médecins spécialistes] [...] avec plusieurs spécialistes, ça arrangerait vraiment les choses quoi. » (Entretien 20, ligne 292)

Pour améliorer l'accès aux soins et le travail collaboratif, certains médecins évoquent la nécessité de développer des réseaux pluridisciplinaires de professionnels de santé. Cette pratique existe déjà par la force des choses, mais serait insuffisamment développée et mériterait de l'être davantage. Ces réseaux consisteraient à travailler en étroite collaboration avec des médecins de diverses spécialités parmi lesquelles notamment la cardiologie, souvent citée, la radiologie, etc., mais également de tisser des liens avec des professionnels paramédicaux tels que les infirmières par exemple.

« Là, développons ! Un maximum. Développons un maximum de collaboration avec les radiologues, les biologistes... c'est ce qu'on essaie de faire d'ailleurs ici... avec les infirmières, qui pourraient venir le week-end. » (Entretien 6, ligne 426)

- Améliorer la communication entre les différentes spécialités

Certains médecins interrogés déplorent une mauvaise communication avec les médecins spécialistes, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers. Les problèmes rencontrés concernent d'une part les demandes d'avis spécialisés, et d'autre part les délais trop longs de réception des courriers d'hospitalisation. Il est donc proposé de travailler sur des pistes d'amélioration relatifs à la communication entre médecins spécialistes et médecins généralistes.

« Ben écoutez de toute façon, y a un truc qui serait primordial, c'est que quand même effectivement, qu'on ait suffisamment de communication entre les différentes branches [...] Avec les autres spécialistes, avec les hostos. Avec les hôpitaux. » (Entretien 1, ligne 576)

- Développer la conciliation médicamenteuse

La conciliation médicamenteuse est l'un des exemples cités pour optimiser la prise en charge. Cette méthode mériterait selon l'un des participants à être généralisée. Elle consiste à optimiser l'ordonnance d'un patient en confrontant les connaissances du médecin traitant, du pharmacien, et du médecin hospitalier.

« Et puis... des dispositifs, comme la conciliation médicamenteuse, j pense que c'est vraiment intéressant ça. [...] s'ouvrir à la coopération. [...] Voilà, j pense que... cet esprit-là [...] va diminuer le risque d'erreur. » (Entretien 16, ligne 440)

- Développer le DMP (Dossier Médical Partagé)

« On attend tous le dossier DMP » (Entretien 19, ligne 970)

L'autre outil dont on espère le développement est le DMP. Il est souvent difficile de retrouver les antécédents ou les traitements d'un patient qui n'est pas connu du cabinet ou qui vient d'être hospitalisé et dont le courrier de sortie n'est pas encore arrivé. La généralisation du DMP, ou d'un équivalent via la carte vitale par exemple, permettrait donc de remédier à tous ces problèmes en optimisant le partage des informations entre professionnels de santé.

« Si on avait une carte... une carte... vitale, qui serait un dossier médical, alors ça ce serait le summum. » (Entretien 1, ligne 665)

- Encourager les médecins généralistes à garder une activité hospitalière

« Moi j’pense que dans l’idéal, ça serait bien que tous les médecins généralistes aient une activité mixte [hospitalière et ambulatoire]. » (Entretien 4, ligne 683)

Pour tous les avantages en termes de formation continue, de collégialité, d’hospitalisation et d’accessibilité au plateau technique qu’un tel mode d’activité implique, l’une des propositions est d’encourager les médecins généralistes à maintenir une activité en milieu hospitalier.

**« J’trouve c’est très futuriste cette activité mixte où en fait on a un pied sur les deux, ça fait un bon relais entre... entre la médecine de proximité et la médecine hospitalière. »
(Entretien 4, ligne 695)**

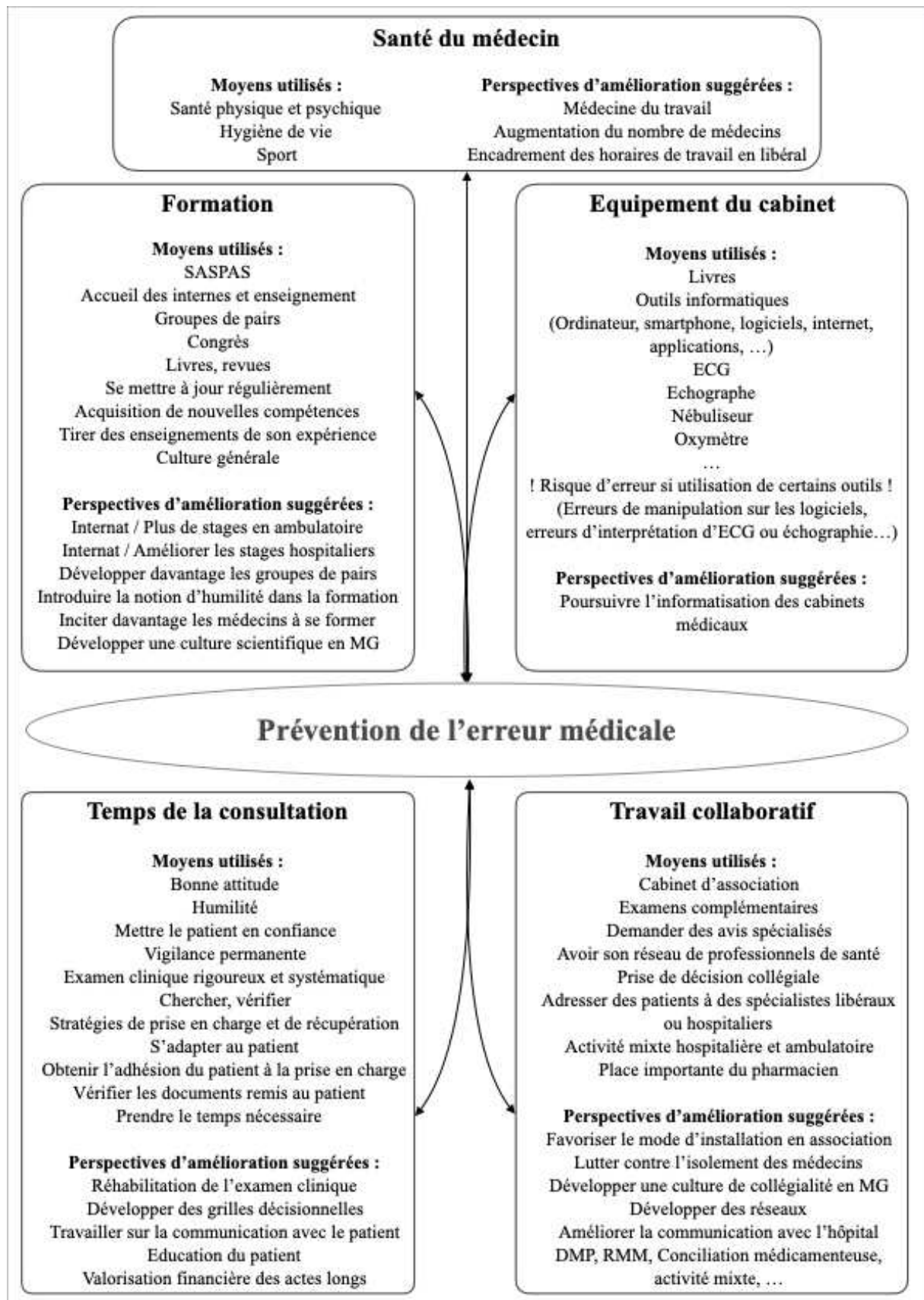


Figure 3 : Prévention de l'erreur médicale en médecine générale (moyens utilisés et perspectives d'amélioration suggérées par les participants de l'étude)

D. Gestion de l'erreur médicale

Malgré tous les moyens cités et tous les efforts effectués, le risque zéro n'existe pas et l'erreur médicale peut survenir à tout moment selon la quasi-totalité des médecins interrogés. Lorsque cette erreur tant redoutée survient, il faut alors la gérer du mieux possible. A travers les réponses des participants, nous pouvons constater que la gestion de l'erreur s'articule autour de trois axes. Le premier axe concerne bien évidemment le patient, centre des attentions et des préoccupations. Le deuxième axe concerne la relation médecin malade. Et le dernier axe est lui relatif au médecin lui-même qui nous le verrons, occupe une place importante.

1. Vis à vis du patient

a. Conséquences redoutées

A la question « Que redoutez-vous à travers le risque d'erreur médicale ? », la première réponse qui vient de la part des médecins interrogés porte sur les conséquences pour le patient. Pour la plupart, la crainte des conséquences de l'erreur pour soi-même semble relayée au second plan. Ces erreurs sont d'autant plus redoutées que dans certaines situations elles peuvent s'accompagner de conséquences graves, voire même du décès.

« Donc là il y a eu erreur médicale avec perte de chance grave, puisque le mec a été opéré à chaud, ça a tenu un an et puis il a fini par décéder quand même. » (Entretien 11, ligne 52)

b. Moyens utilisés par les participants

▪ Anticiper

Comme dit précédemment lorsque nous évoquons les stratégies de récupération à mettre en place, il est important d'anticiper une éventuelle erreur ou évolution défavorable. Tous les moyens qui étaient alors cités permettent donc de gérer au mieux et dans les meilleurs délais la survenue d'une erreur médicale.

« J'essaie de prévenir l'erreur, en lui disant « Si ça évolue dans la soirée, n'hésitez pas à me... à nous rappeler » » (Entretien 12, ligne 50)

- Rappeler le patient

« Une fois qu'on a la connaissance [...] faut aller voir les gens, faut... faut leur expliquer, faut discuter. » (Entretien 17, ligne 73)

Une fois l'erreur constatée, notamment si elle s'accompagne d'éventuelles conséquences, la première réaction doit être de rappeler le patient. Il est important de lui expliquer la situation car il est en droit de savoir. Dans certains cas, rappeler le patient peut également être pour le médecin une occasion de compatir, d'être à l'écoute des plaintes et/ou reproches qui peuvent lui être formulées. Nous verrons plus loin que de se soustraire à cette confrontation dans une telle situation peut porter préjudice à la relation médecin malade.

« Pour compatir avec eux. [...] J'y vais pas pour me justifier. Je dis comment que ça s'est passé, qu'est-ce qui s'est passé. Puis j'écoute. » (Entretien 17, ligne 526)

- Essayer de corriger l'erreur

« La médecine a fait des progrès donc on peut... même si y a un petit peu de retard, ça... ça peut encore aller. Ça peut se rattraper aussi... les erreurs. » (Entretien 7, ligne 590)

Ensuite, vient le temps de la réparation. Tous les moyens doivent être mis en place pour essayer de rétablir la situation, aussi bien au niveau de la santé du patient, qu'au niveau de la relation de confiance entre ce dernier et le médecin. Dans certains cas, l'erreur nécessite un simple réajustement de la prise en charge pour que les choses puissent rentrer dans l'ordre. Mais dans d'autres cas, il peut être nécessaire d'avoir recours à des confrères pour prendre le relais.

« S'il y a un risque d'aggravation, c'est limiter l'aggravation et réajuster la prise en charge. » (Entretien 20, ligne 258)

- Adresser le patient à un confrère

L'erreur médicale force le médecin à l'humilité. Ainsi, il est peut-être plus facilement enclin à reconnaître ses limites sur une situation donnée et à adresser le patient à un confrère. La volonté d'accélérer la prise en charge fait que ce confrère est souvent hospitalier, notamment s'il existe

une nécessité d'investigations complémentaires. Le patient doit être rassuré et il est important de lui rappeler que tous les moyens nécessaires pour rétablir la situation seront mis en place.

« J'dirais « [...] si c'est possible que moi je répare, je répare, sinon s'il faut que vous alliez à l'hôpital, alors on va vous envoyer à l'hôpital. » » (Entretien 1, ligne 397)

c. Perspectives d'amélioration suggérées par les participants

Les perspectives d'amélioration suggérées concernent principalement la formation. Il est tout simplement proposé de faire des formations sur la thématique de la gestion de l'erreur médicale.

« Peut-être faire des formations spécialement sur ça. C'est-à-dire quand on a fait une erreur médicale, qu'est-ce que j dois faire. Est-ce que j rappelle le patient ? J le rappelle pas ? Est-ce que je m adresse à l'Ordre des médecins ? » (Entretien 8, ligne 544)

2. Vis à vis de la relation médecin malade

a. Conséquences redoutées

La relation entre le médecin et son patient doit être basée sur une confiance du patient vis à vis du soignant. Cette confiance est décrite comme nécessaire à une prise en charge optimale du patient et risque d'être fragilisée en cas d'erreur.

▪ Reproche du patient

« Donc elle est revenue, elle était fâchée [...] y a un moment donné où j'ai quand même dû lui dire « Écoutez... si ça va pas, ben vous changez de médecin quoi, enfin... je... », j'savais plus quoi lui dire, elle était vraiment... dans... dans l'accusation ! » (Entretien 9, ligne 330)

Le reproche du patient est sans doute l'élément fondateur de cette rupture du lien de confiance. Le patient accuse le médecin d'un manquement et cette accusation peut être mal vécue par ce dernier. Si la situation n'est pas rapidement récupérée par le médecin, l'issue peut alors être une cassure de la relation de confiance.

- Cassure de la relation de confiance

La situation risque encore de s'aggraver si les doutes qui s'emparent du patient contaminent le médecin lui-même. Ce dernier peut alors commencer à perdre peu à peu confiance en lui.

« On est moins sûr de soi après, ça génère une... un manque de confiance en soi... un... un... on est moins à l'aise avec le patient, dans sa relation avec le patient, dans sa façon de communiquer avec le patient. » (Entretien 4, ligne 324)

- Perdre ses patients

Perdre un patient après une erreur médicale est le résultat envisageable de cette cassure du lien de confiance. Les médecins interrogés semblent toutefois l'accepter et le comprendre.

« Mais c'est vrai qu'après j'ai jamais eu à gérer le relationnel avec le patient... après une erreur médicale. Parce qu'une fois, ça a été rattrapé... le patient est guéri. Les deux autres fois, les patients m'ont assez logiquement quitté » (Entretien 11, ligne 409)

b. Moyens utilisés par les participants

- Préserver la relation en amont de l'erreur

Certains médecins interrogés rapportent que le fait d'entretenir une bonne relation avec le patient permet souvent de préserver la confiance même en cas d'erreur. Et ce d'autant plus si le patient peut constater que l'erreur n'est pas due à un manque d'efforts ou de moyens.

« Le médecin qui est sympa, qui a... vous savez de la sympathie, d'empathie, j pense ça s passe mieux qu'un médecin froid [...] J pense qu'il y a plus d'indulgence. »
(Entretien 7, ligne 567)

« Les gens nous pardonnent énormément [...] parce qu'on fait quand même un maximum »
(Entretien 17, ligne 215)

- Réinstaurer le dialogue

« Déjà je prendrais contact avec le patient. Je réinstaurerais un dialogue. »

(Entretien 3, ligne 249)

Préserver la relation consiste dans un premier temps à renouer le contact avec le patient, puis dans un second temps, à préserver ce contact en restant disponible.

« Ne pas... se murer euh comme certains... ne répondent plus au patient etc. quand y a un conflit avec un patient euh de cet ordre-là. » *(Entretien 14, ligne 571)*

Lors d'une telle situation, l'humilité est de nouveau importante. Sa finalité est ici de retrouver la confiance du patient en assumant son erreur et sa responsabilité.

« Et j pense que ce qui est insupportable pour un patient c'est de sentir que le médecin a fait une bêtise et qui le reconnaît pas » *(Entretien 5, Ligne 159)*

« Moi j pense qu'il faut pas non plus minimiser, dire « C'est pas grave, ça arrive, tout le monde aurait pu le faire et tout... » » *(Entretien 16, ligne 551)*

Si la plupart des médecins interrogés insistent sur l'importance de l'humilité, d'assumer et d'expliquer, très peu en revanche parlent de la nécessité de s'excuser. Néanmoins, il s'agit là d'un élément qui est tout de même cité.

« Après j'ai téléphoné, je m'suis excusé. » *(Entretien 5, ligne 343)*

- Interrompre le suivi

Certains considèrent que dans ces situations-là, notamment si la relation de confiance est cassée, du fait d'un rapport conflictuel ou non, suite à une procédure judiciaire ou non, il peut être préférable de mettre un terme au suivi du patient.

c. Perspectives d'amélioration suggérées par les participants

▪ Formation à la gestion de l'erreur médicale

La formation dispensée à l'université ne serait pas suffisamment riche sur la façon d'appréhender ce genre de problématiques relationnelles. Ce point est donc de nouveau cité comme élément à améliorer, en insistant sur l'aspect relationnel.

« Ben peut-être que ça... que ça soit inclus dans notre formation... dans nos études. [...] Ben par... des mises en situations. [...] qu'est-ce que tu peux dire, pas dire... On nous apprend pas, tout ça. [...] On nous apprend à faire un diagnostic ! [...] Mais on t'apprend pas quoi répondre aux gens... » (Entretien 9, ligne 459)

▪ Éducation du patient

« Faut apprendre à la population, que les médecins ne sont pas infailibles. On a tendance à penser que le médecin il connaît tout sur tout [...] et qu'il a pas le droit de se tromper. » (Entretien 8, ligne 454)

Un dernier point à améliorer est proposé par l'un des participants. Il s'agit d'une éducation des patients qui consisterait à leur faire comprendre que le médecin est faillible et qu'il a le droit de se tromper. Pour ce participant, véhiculer l'image d'un médecin omniscient est non seulement contraire à la réalité, mais risque surtout de majorer la déception du patient en cas d'erreur, tout en précipitant une éventuelle cassure du lien de confiance.

3. Vis à vis de soi-même

a. Conséquences redoutées

En introduction, nous évoquons les conséquences de ces erreurs sur le soignant. Ces dernières sont décrites par les médecins interrogés comme particulièrement difficiles à gérer. Pour certains, ces conséquences sont simplement redoutées sans pour autant avoir déjà été expérimentées, mais pour d'autres qui n'ont pas hésité à se confier, le vécu émotionnel d'erreurs et/ou procédures judiciaires a pu être très traumatisant.

- Conséquences psychologiques

« Ça vous donne les premiers cheveux blancs, ça vous donne votre premier stent, ça vous esquinte quand même un peu la santé » (Entretien 17, ligne 96)

D'après les témoignages recueillis, la santé du médecin n'est pas épargnée par ces erreurs. Et c'est surtout psychologiquement que les répercussions sont nombreuses. Dans certains cas, ces conséquences peuvent même aboutir à des états pathologiques plus ou moins graves et nécessitant une réelle prise en charge.

- La panique

Au moment de réaliser l'erreur, l'une des réactions qui peut alors avoir lieu est la panique ou la stupéfaction. Lors de cette phase de panique, l'un des risques serait d'aggraver la situation en réagissant de manière défensive et complètement inadaptée.

« Un de mes internes, il était en stage en pédiatrie, il a fait une erreur de de posologie [...] Il s'est sauvé du service en emmenant le dossier. Il s'est taillé. [...] il a pété les plombs ! »
(Entretien 5, ligne 210)

- La culpabilité

« Faillir à... à l'essence de mon métier. » (Entretien 16, ligne 278)

Vient ensuite un sentiment de culpabilité, très souvent cité. Selon la gravité de l'erreur et de ses répercussions, cette culpabilité peut parfois durer très longtemps après les faits.

« Ça peut m'perturber pendant quelques temps. Ouais. » (Entretien 7, ligne 97)

- Le doute

L'erreur peut avoir pour conséquence de créer chez le médecin un doute sur ses propres compétences et une perte de confiance en soi en tant que médecin et dans la vie en général.

- La honte

« On n'ose pas en parler parce que c'est la honte, on est un mauvais médecin. »

(Entretien 19, ligne 194)

La pression et l'exigence pesant sur le médecin, en matière d'excellence, peut occasionner un réel sentiment de honte en cas d'erreur.

- Le stress et l'anxiété

« C'est un stress innommable » *(Entretien 10, ligne 332)*

- Les décompensations psychologiques

« Ah c'est un... pratiquement un burn-out. [...] Après les histoires que j'ai eues. »

(Entretien 10, ligne 269)

Pour certains médecins, il est possible d'arriver à de véritables décompensations sur le plan psychologique. Il n'est d'ailleurs pas rare que le terme de burn-out soit évoqué à travers les différents témoignages recueillis. L'un des médecins parle même du risque suicidaire dans le milieu médical, qui selon lui serait plus élevé que la moyenne.

- Les troubles du sommeil

Les procédures judiciaires consécutives à l'erreur sont souvent à l'origine d'une aggravation de ces conséquences émotionnelles et peuvent aussi entraîner des troubles du sommeil.

« Ça occasionné un an... un an d'insomnies » *(Entretien 10, ligne 275)*

- L'isolement

« C'est démerde toi, t'es tout seul ! » *(Entretien 11, ligne 643)*

« J'suis toujours seule. [Rire nerveux] J'peux pas en parler à mes collègues parce que... je sais que personne ne peut m'aider. » (Entretien 7, ligne 346)

La solitude du médecin généraliste en général est évoquée dans les témoignages recueillis. Et en cas d'erreur, beaucoup déclarent que cet isolement est encore plus marqué. Ce sentiment de solitude est exacerbé d'une part par l'impression que personne ne pourra de toute façon aider, et d'autre part par le sentiment de honte dont nous parlions et qui peut empêcher le médecin de se confier. Qu'il soit fondé ou non, le sentiment d'être jugé et/ou rejeté peut alors exister. Tout cela risque donc d'entraîner un repli du médecin sur lui-même, aggravant d'autant plus la situation. Par ailleurs, même si cet isolement semble moindre lorsque l'on exerce en cabinet d'association, travailler au sein d'un groupement de médecins n'est pas forcément protecteur face à cet isolement. Pour l'une des participantes, les médecins ne sont tout simplement pas préparés à ce genre de situations.

« On n'a pas appris à écouter [éclat de rire] en fac de médecine [...] on n'a pas appris à s'écouter. » (Entretien 19, ligne 1350)

- Crainte des sanctions

« J'ai peur des sanctions, à tous les niveaux » (Entretien 4, ligne 296)

Beaucoup de médecins interrogés redoutent les éventuelles sanctions qui peuvent survenir suite à une erreur. Si la crainte des sanctions ordinaires est évoquée une seule fois seulement, la crainte des sanctions judiciaires est presque omniprésente. Cette crainte est exacerbée par l'impression très partagée qu'il est facile de se faire condamner, et cette impression entraîne dans l'esprit de beaucoup un sentiment d'impuissance. L'idée selon laquelle quoiqu'on puisse faire, de toute façon à la fin d'une carrière chaque médecin aura eu au moins un procès, n'est pas isolée.

**« Par exemple, quand tu entends des histoires euh... de untel médecin s'est fait condamner pour ceci [...] Tu te dis, mais c'est tellement facile en fait, d'être condamné »
(Entretien 20, ligne 348)**

« Y en a de plus en plus, ça on le sait. » (Entretien 6, ligne 340)

Lorsqu'un patient entame une procédure de plainte, le choc est terrible pour le médecin, qui se sent désemparé et qui n'est pas du tout préparé à affronter une telle épreuve. Et ce, d'autant plus que le volet juridique de la profession est souvent méconnu des médecins.

« Comme beaucoup de médecins, je suis toujours dans la performance, il faut s'améliorer, il faut s'améliorer ! Comment faire quand ça s'arrête ? Ta tête arrive au plafond, tu as un évènement négatif comme une plainte, alors que t'es déjà... t'as les réserves à moins cinquante, comment faire ? Ça on n'a pas appris. » (Entretien 19, ligne 1353)

« Parce qu'on est lâché comme ça... et on est très... on est tributaire de tout ce qui est... avocat, machin, etc. On connaît pas nos droits » (Entretien 20, ligne 342)

Qu'elles aboutissent par une condamnation ou non, les procédures judiciaires sont redoutées d'une part pour leur caractère violent et accusateur, et d'autre part pour leurs durées souvent trop longues.

« Quand vous êtes convoqué à la police [...] Pour une... un interrogatoire complet [...] Vous... êtes en position d'accusé » (Entretien 10, ligne 334)

« J'ai quand même été interrogé deux fois par l'OPJ, deux fois par le juge d'instruction... enfin c'est des heures et des heures d'audition euh... où tu ressors de là t'es complètement lessivé, donc forcément là t'es pas bien. » (Entretien 6, ligne 96)

« C'est un an de calvaire, ça c'est sûr. » (Entretien 10, ligne 673)

Au sein des témoignages recueillis concernant des procédures judiciaires, les médecins concernés ont à chaque fois été acquittés. Cependant, ces affaires semblent réveiller en eux des souvenirs plutôt traumatisants malgré la mise hors de cause.

- Réputation

« À force de faire des erreurs, j'imagine que... après on... a une mauvaise réputation, qu'on a une réputation de mauvais médecin. » (Entretien 13, ligne 68)

Un autre point évoqué par les médecins interrogés est le risque de l'erreur médicale en termes de réputation. Même si ce point n'est pas forcément décrit comme la préoccupation principale, il est tout de même mis en avant, avec en premier lieu le souci de la réputation auprès des patients. Conscients sans doute du fait que ces erreurs menacent et frappent tous les médecins sans distinctions, les conséquences en termes de réputation auprès des confrères semblent être moins redoutées qu'auprès des patients. Cependant, les médecins interrogés l'évoquent tout de même en mettant notamment en avant le fait que les médecins manquent souvent d'indulgence et de solidarité entre eux.

« Puis dans leur parcours, ils ont bien dû tomber sur un... un confrère qui a dit « Mais c'est qui le con qui a pas vu ça », ou j'sais pas quoi. [...] Et peut-être même « Ce con de généraliste ! ». [Rires] » (Entretien 11, ligne 416)

- Abandonner la médecine générale

Enfin, un dernier risque lié à la survenue d'erreur médicale serait de perdre l'envie et la motivation de l'exercice de la médecine générale ambulatoire.

« J'avais souvent à un moment donné, envie d'abandonner la médecine générale, pour aller vers le salariat [...] un truc où on prend pas de risques hein disons. Suite à mes histoires » (Entretien 10, ligne 310)

b. Moyens utilisés par les participants

- Gestion des conséquences émotionnelles
 - Ne pas dramatiser si erreur médicale sans gravité

Tout d'abord, il convient de ne pas se faire un sang d'encre lorsque l'erreur commise est bénigne et sans complications.

« Alors, si c'est pas grave, j'en fait pas un plat. Voilà, hein. J'corrige mes procédures, mais j'en fais pas un plat » (Entretien 16, ligne 362)

- Prendre soin de soi, se soigner

Ensuite, il faut également se préserver émotionnellement et mentalement. Un bon équilibre de vie et un bien-être général font partie des remèdes évoqués. Pour se faire, il est proposé de réduire son activité, de se ménager, voire même de réorienter son activité vers une pratique moins stressante. Dans certaines situations, il ne faut pas hésiter à confier sa santé mentale à un tiers en consultant par exemple un psychologue. Cette démarche permet bien évidemment de répondre à un besoin sur le court terme, mais également de se préserver sur le long terme.

« Si mon moral est à zéro, euh si j'arrive plus à exercer, ou je suis tellement mal [...] il faut pas avoir honte, c'est votre jardin secret, il faut consulter. [...] Ça vaut le coup, parce que vous préservez votre santé sur tous les plans, et vous allez finir votre carrière. »

(Entretien 19, ligne 1247)

- Être humble et fataliste, accepter de ne pas sauver tout le monde

L'humilité permet entre autres à revoir ses objectifs. L'objectif n'est donc plus de sauver tous les patients, mais de faire simplement du mieux qu'on peut. Il en résulte donc une autre façon d'appréhender l'erreur et ses conséquences.

« Parce qu'avec le temps je me suis fait une philosophie d'essayer de faire le mieux que je peux. Là j'vois on a... une SASPAS qui est encore... dans l'objectif de faire parfait. Euh... ben régulièrement j'la calme quoi. Parce que faire parfait, elle va quand même être déçue la pauvre quoi. [Sourire] Donc... mais faire le mieux que tu peux, ça c'est un objectif raisonnable, me semble-t-il. » *(Entretien 11, ligne 143)*

- Se confier à un confrère

« J pense qu'une erreur médicale, si on la partage pas avec des collègues qui peuvent nous aider à comprendre, on peut mal le vivre et aboutir à des catastrophes, des suicides »

(Entretien 5, Ligne 450)

L'intérêt de se confier auprès d'un confrère est mis en avant par beaucoup. Ce dernier peut alors écouter, mais également aider à comprendre et dédramatiser. Pour ce faire, l'exercice en association constitue un véritable atout pour les participants. Pour ceux en revanche qui n'aurait pas cette possibilité ou volonté de se confier auprès de confrères, il existe une permanence téléphonique dédiée et mise en place via l'Ordre des Médecins.

« On s'est retrouvé l'un ou l'autre parfois à être rongé et dire « Là, j'ai vraiment fait une erreur grave. » On peut s'en parler. [...] C'est des petites choses qui sont plutôt favorables, et qui... préservent la santé mentale » (Entretien 16, ligne 524)

- Parler au patient ou à ses proches

« Ah si ça soulage ! Ah si si. On se sent mieux après. » (Entretien 17, ligne 564)

Dialoguer avec le patient peut être salvateur pour plusieurs raisons. Dans un premier temps, cela permet de se libérer d'un poids en expliquant l'erreur. Dans un second temps, cette démarche peut parfois aboutir au pardon du patient. Les médecins interrogés disent constater assez souvent que le patient est indulgent quand on lui explique les choses. Ce pardon constitue pour le médecin une réelle source de soulagement.

- Prendre des traitements psychotropes

La prise de traitements psychotropes est évoquée pour prendre en charge les conséquences émotionnelles de l'erreur médicale. Les traitements anxiolytiques et hypnotiques sont cités.

« Je prenais un anxiolytique de temps en temps. » (Entretien 10, ligne 279)

- Retrouver la motivation

**« On oublie quand même le négatif, parce qu'il y a du positif aussi. »
(Entretien 10, ligne 327)**

Toutes les conséquences possibles peuvent amener le médecin à s'interroger sur ses motivations à continuer. Mais un point permet de surmonter ces difficultés, c'est la capacité de positiver en

pensant à tout ce qui peut procurer un sentiment de satisfaction dans le métier. Le médecin peut également puiser sa motivation dans les attentes et espoirs que ses patients placent en lui.

« On cicatrise. Et on continue. Parce que... on fait un beau métier donc... voilà ! »

(Entretien 16, ligne 576)

- Gestion des conséquences judiciaires
 - Qualité de la relation médecin malade

A travers la qualité de la relation de confiance qu'elle induit, l'humilité dont on parlait dans le chapitre précédent peut encore avoir une autre utilité. Elle peut en effet servir à minimiser le risque de procédures judiciaires pouvant découler de l'erreur.

« Cette relation de confiance qu'on établit [...] Si y a une erreur, je pense que le patient sera peut-être plus à même de le pardonner ou de le comprendre » *(Entretien 9, ligne 127)*

- Assumer sa responsabilité

Pour minimiser le risque de plainte et/ou de condamnation, il convient également d'après les participants d'assumer son erreur et de ne pas rejeter la responsabilité sur le patient. Cette approche peut soit provoquer l'indulgence du patient, soit, si ce dernier porte tout de même plainte, éviter une aggravation du chef d'inculpation.

- Se faire conseiller par un confrère

Dans ce genre de situations, il peut être utile de se référer à un confrère ayant déjà connu ce type d'épreuves, afin de se faire conseiller.

- Assurance/Avocat

Néanmoins, lorsqu'une plainte est formulée par un patient, solliciter son assurance professionnelle est clairement l'élément central. C'est à partir de cette démarche que les choses vont s'organiser, notamment le choix de l'avocat. Il est d'ailleurs conseillé par l'un des

participants d'ouvrir un dossier de sinistre le plus tôt possible. L'assurance est en effet présentée comme l'intermédiaire habilité à nous aiguiller et à nous assister dans toutes nos démarches, et même concernant la gestion des répercussions psychologiques. Des formations sont d'ailleurs organisées par certaines compagnies sur la thématique de la gestion de l'erreur médicale.

➤ Se couvrir en amont

La nécessité de se couvrir revient souvent à travers les différents témoignages recueillis. La crainte des répercussions en termes de sanctions est clairement l'élément qui motive une telle attitude. Différents moyens sont évoqués. La première façon consiste à optimiser certains éléments de la prise en charge pour minimiser, voire exclure, une éventuelle responsabilité en cas d'erreur. Parmi les exemples cités nous retrouvons la prise de décision collégiale, la qualité de l'observation médicale dans le dossier du patient, et l'importance de travailler dans le respect des recommandations en vigueur.

« Et tout a été tracé aussi. Aujourd'hui on sait que quand les choses elles sont pas tracées, et ben... on court aussi... on court certains risques. » (Entretien 4, ligne 95)

Une autre façon de se couvrir consiste à adapter sa façon de travailler de sorte cette fois-ci à ne pas aboutir à l'erreur en réduisant la prise de risque au minimum. Plusieurs exemples sont cités :

- Refuser de pratiquer certains actes à risque ; l'une des participantes refuse par exemple de faire de la régulation pour ce motif,
- Ne plus accepter de nouveaux patients,
- Prescrire de manière excessive des investigations complémentaires,
- Ne pas hésiter à adresser le patient à un confrère,
- Ne pas hésiter à hospitaliser le patient.

« Ben maintenant, j'ouvre le parapluie systématiquement [...] Je ne prends plus aucun risque. Disons hein. Soit je fais appel à des spécialistes quoi disons, soit je fais tous les examens complémentaires possibles et imaginables » (Entretien 10, ligne 101)

*« Tu hospitalises, tu prends plus de risque. C'est plus toi qui es responsable. »
(Entretien 6, ligne 433)*

c. Perspectives d'amélioration suggérées par les participants

▪ Santé du médecin

La nécessité de prévenir ou de prendre en charge les éventuelles répercussions sur la santé, et notamment psychologiques, est largement mise en avant. Nous retrouvons de nouveau la médecine du travail obligatoire dans les propositions faites par les participants pour améliorer la situation. Mais pour beaucoup, il est surtout important d'encourager et de permettre aux médecins de se confier après une erreur. Pour ce faire, plusieurs moyens sont évoqués.

➤ Développer des groupes Balint

Les groupes Balint ont été cités à deux reprises mais sans être pratiqués.

« Je sais qu'y a des groupes Balint, mais... je saurais même pas comment y entrer »

(Entretien 20, ligne 158)

➤ Promouvoir l'installation en association

Les participants ayant pu bénéficier des bienfaits de l'activité en association en termes de gestion émotionnelle de l'erreur proposent souvent de généraliser ce mode d'installation. Pour certains, il n'est tout simplement pas envisageable d'exercer différemment.

« À la limite en prévention on pourrait presque mettre l'interdiction de l'exercice seul. [...]

On s'rend compte que les autres ils ont les mêmes problèmes, les mêmes soucis, les mêmes errements. Euh.... Tu peux... vider ton sac. » *(Entretien 11, ligne 685)*

➤ Faire connaître la permanence téléphonique de soutien aux médecins

▪ Formation

« Faudrait déjà apprendre aux... aux étudiants dès le départ, qu'on n'est pas infallible. »

(Entretien 8, Ligne 553)

La recherche et la formation font également partie des perspectives d'amélioration suggérées dans ce domaine. Ces formations seraient l'occasion d'inculquer aux étudiants une humilité vis à vis de ce risque d'erreur et ainsi de leur permettre de se préparer psychologiquement à traverser ce type de situations. Beaucoup insistent sur la formation pratique à la gestion de l'erreur, en insistant sur les questions relationnelles, psycho-émotionnelles et juridiques.

- Rôle des instances représentatives et décisionnaires

Certains regrettent le manque d'aide et d'assistance technique de la part du Conseil de l'Ordre des Médecins dans ces situations de gestion d'erreurs médicales. Ils proposent de mettre en place des services d'assistance notamment juridique pour répondre à d'éventuelles questions.

- Protéger davantage le médecin juridiquement

Pour toutes les raisons évoquées, le médecin est donc présenté par quelques participants comme vulnérable sur de nombreux points et notamment juridiquement. Cette vulnérabilité entraîne chez certains un fort sentiment d'impuissance qu'ils souhaiteraient voir s'amoinrir.

- Enregistrement des consultations

L'une des solutions proposées serait d'enregistrer l'intégralité des consultations, d'une part pour protéger le patient, mais également pour couvrir le médecin en cas d'accusation.

« Il faudrait s'enregistrer tout le temps, et que l'enregistrement ait une valeur légale. »

(Entretien 6, ligne 169)

- Indemniser les médecins impliqués dans des procédures sans inculpation

Un autre participant regrette que les médecins mis hors de cause après de longues et contraignantes procédures ne puissent être indemnisés pour les préjudices subis. Il parle d'une injustice contre laquelle il faudrait agir, ne serait-ce que symboliquement.

« Ça c'est pas juste. Profondément injuste hein. Hein parce que quand on vous accuse comme ça, on devrait obtenir si vous voulez une réparation. » *(Entretien 10, ligne 700)*

IV. DISCUSSION

A. Limites de l'étude

1. Choix de la question

La très grande diversité des données recueillies, relatives à de très nombreux champs d'application, a rendu l'analyse particulièrement dispersée. L'association de la dimension de gestion de l'erreur à celle de la prévention est un exemple de ce qui a pu contribuer à ce risque d'éparpillement. En effet, il est possible que si le choix de la question avait été plus restreint, l'analyse aurait peut-être été plus concise.

Cependant, un cadre de questionnement si large ne comporte pas que des inconvénients, et nous reviendrons plus tard sur les aspects positifs qu'une telle approche nous a offerts.

2. Choix de la méthode

Malgré une grande diversité et richesse des résultats, ce travail comporte tout de même les limites relatives à la subjectivité d'une approche qualitative. Ainsi, si les résultats obtenus nous permettent d'ouvrir le champ à de nombreuses perspectives de travail et d'amélioration, ils restent tout de même le fruit subjectif de l'interprétation propre à l'enquêteur.

Par ailleurs, l'absence d'analyse quantitative associée des résultats obtenus (du fait du nombre insuffisant de participants) nous prive de certitudes à certaines questions.

3. Échantillon recruté

Répartir équitablement les participants sélectionnés au sein de différentes catégories⁷ a été l'une de nos préoccupations initiales. On note néanmoins la présence de plusieurs déséquilibres de répartition qui ont pu influencer sur les résultats obtenus et ainsi constituer d'éventuels biais de sélection.

⁷ Age, sexe, mode d'activité, zone d'activité

Tout d'abord, nous pouvons constater que parmi les médecins sélectionnés, la très grande majorité exerçait en association, contre seulement deux participants exerçant de façon individuelle. Or, nous avons pu voir à travers les résultats obtenus que le mode d'installation en association a été évoqué à la fois comme un moyen de prévention et de gestion de l'erreur médicale. Le faible nombre de participants exerçant de manière individuelle nous a donc privé d'explorer davantage les pratiques en termes de prévention de l'erreur auprès de cette catégorie de médecins généralistes.

Un autre manque s'est peut-être fait ressentir ; il s'agit du déséquilibre relatif aux zones d'activité. En effet, la plupart des participants exerçaient en zone urbaine, quelques-uns en zone semi-rurale, et aucun en zone rurale. Ce déséquilibre nous prive également des éventuelles données qui auraient pu ressortir auprès d'une population exerçant en zone rurale.

4. Entretiens réalisés

Il s'agit du premier travail de recherche qualitatif de l'auteur. L'art de l'entretien semi-dirigé n'est pas si aisé, et j'ai pu me rendre compte des limites qui étaient les miennes en la matière, notamment après coup à l'occasion de la retranscription des entretiens. J'ai en effet constaté, en analysant les données, que j'ai sans doute par moments influencé les participants dans leurs réponses par ma façon de les questionner, de réagir à leurs propos, et même de me confier. Mon intention était alors de provoquer chez le médecin interrogé une réflexion, et/ou une réaction, au risque de perdre en spontanéité dans les réponses recueillies. Cette approche imparfaite a donc exposé ce travail à un risque de biais méthodologique.

5. Interprétation des résultats

Par ailleurs, il nous a fallu faire un tri considérable dans les données recueillies et valorisées par ce travail. En effet, l'objectif était de rester synthétique pour pouvoir donner une vue d'ensemble, mais de nombreux points auraient pourtant mérité d'être évoqués et/ou analysés avec davantage de précision. Ce tri réalisé a sans doute majoré le risque de biais d'interprétation lié aux propres références et expériences personnelles de l'auteur sur la question.

B. Points forts de l'étude

1. Choix de la thématique

Ce travail a le mérite d'aborder une problématique majeure, actuelle, et pourtant insuffisamment traitée dans les données de la littérature. En effet, qu'il s'agisse des complications pour le patient, pouvant être graves, ou pour le médecin lui-même, avec des répercussions psychologiques voire judiciaires importantes, l'erreur médicale semble être une hantise refoulée de nombreux médecins. Cette nécessité de parler de ce sujet est d'autant plus grande que le risque d'erreur médicale est décrit comme quotidien par les participants de cette étude.

2. Choix de la question

Si le caractère vaste du sujet a pu rendre l'interprétation des résultats difficile, il a tout de même eu le mérite d'offrir une vue d'ensemble sur la manière dont les médecins généralistes appréhendent, préviennent, et gèrent l'erreur médicale dans leur quotidien. Cette vue d'ensemble a permis de prendre du recul et de mettre en évidence à la fois le caractère multifactoriel du risque d'erreur médicale, mais surtout un large panel de solutions à explorer.

3. Échantillon recruté

En premier lieu, même si la répartition des sujets de l'échantillon recruté a pu comporter certaines limites, on peut tout de même se réjouir de la grande diversité des profils inclus, tout en restant dans une même catégorie de médecins généralistes de ville. Cette variété des caractéristiques des participants a en effet permis de recueillir des données d'une grande richesse et couvrant un très large champ dans l'éventail de la prévention de l'erreur médicale.

4. Entretiens réalisés

Les entretiens se sont déroulés dans un cadre volontairement convivial, où l'un et l'autre pouvaient librement se confier, plaisanter, ou même s'indigner. Ce cadre a permis de recueillir des témoignages très riches et pertinents. Par ailleurs, la durée moyenne des entretiens, supérieure à une demi-heure, a également permis d'élargir le recueil des données.

C. Axes de réflexion et d'amélioration

1. Amélioration de la Formation Médicale Initiale (FMI)

De manière générale, la formation initiale, telle qu'elle est actuellement dispensée dans les universités françaises, semble être une source de satisfaction pour les médecins interrogés, notamment sur le plan théorique. Concernant la formation pratique, les progrès réalisés ces dernières années avec le développement des stages en soins primaires sont clairement décrits par les participants les plus âgés comme une avancée majeure par rapport à ce qui pouvait être fait auparavant. Cependant, l'idée selon laquelle la formation hospitalo-universitaire ne serait pas encore suffisamment adaptée à la pratique de la médecine générale persiste.

a. Internat de Médecine Générale

En 2008 est créée la filière universitaire de Médecine Générale avec la loi du 8 février 2008 et le décret du 28 juillet 2008(51). Le DES (Diplôme d'Études Spécialisées) de médecine générale est alors composé de 6 stages pratiques répartis en 3 années dont un stage en médecine générale ambulatoire, un stage dans un service d'urgences, un stage dans un service de médecine adulte, un stage santé de la femme et/ou de l'enfant, et deux stages libres. Cette évolution semble avoir favorisé une meilleure organisation de l'enseignement et de la recherche en médecine générale.

Néanmoins, pour les médecins interrogés, le DES de médecine générale reste perfectible. Ces derniers proposent plusieurs pistes d'amélioration parmi lesquels le développement des stages en soins primaires et la formation à la gestion de l'erreur médicale.

- Développement des stages en soins primaires

Certains maîtres de stage parmi les participants ont fait part des progrès réalisés ces dernières années par leurs stagiaires en termes de compétences pratiques. Pour eux, le stage ambulatoire contribue grandement à améliorer la formation, et par conséquent à réduire le risque d'erreur médicale dans la pratique future. Sur ce point, la principale idée qui ressort à travers les entretiens réalisés, est d'axer davantage la formation sur la médecine générale. Pour ce faire, il est principalement proposé d'augmenter la part des stages ambulatoires chez des médecins généralistes, et de réduire celle des stages hospitaliers dans des services jugés trop spécialisés.

L'un des participants a insisté en particulier sur la plus-value du stage SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée). Le stage SASPAS, réalisé avec davantage d'autonomie, a progressivement fait place parmi les choix libres de la maquette de stage des internes de médecine générale. Une étude réalisée en 2015 a montré le ressenti d'une diminution du stress et d'une formation plus riche pour les internes ayant effectué ce stage SASPAS par rapport à ceux qui ne l'ont pas effectué(52).

Au-delà du caractère plus adapté et formateur des stages ambulatoires, les conditions de travail et de formation pour les internes semblent plus sereines et épanouissantes en ambulatoire qu'en milieu hospitalier. Ainsi, dans une enquête réalisée auprès d'internes en médecine générale, le seuil maximum de 48h de temps de travail hebdomadaire est respecté dans 84,7% des cas en stage ambulatoire, contre seulement 35,5% des cas en milieu hospitalier(53).

Ainsi, depuis la création du DES de Médecine Générale, de nouvelles réformes ont été mises en place(54). A titre d'exemple, la récente réforme dite du 3^{ème} cycle a rendu les SASPAS obligatoires pour les internes de Médecine Générale. Une autre amélioration consiste à augmenter le nombre de stages en santé de la femme et de l'enfant, et de les réaliser plutôt en ambulatoire. Il semble donc important d'inciter les praticiens exerçant en ambulatoire à accueillir et former des internes de Médecine Générale.

- Formation à la gestion de l'erreur médicale

Pour les praticiens interrogés, la formation à la gestion de l'erreur médicale est décrite comme insuffisante voire inexistante au niveau universitaire. Ces derniers souhaiteraient que cette question soit davantage abordée pendant l'internat, notamment de manière pratique pendant les stages, et ce afin d'être mieux préparés sur les plans émotionnel, relationnel et juridique.

Lors du deuxième cycle des études de médecine, il n'existe pas de module théorique exclusivement consacré à la gestion de l'erreur médicale. En revanche, lors du troisième cycle, ce domaine d'apprentissage est abordé de manière empirique à l'occasion des stages d'internat. Certaines facultés organisent par ailleurs des séminaires à l'attention des internes consacrés à la gestion de l'erreur médicale(55)(56) ; à titre d'exemple, une formation optionnelle intitulée « Pédagogie de l'erreur médicale » est organisée chaque année par le DMG (Département de Médecine Générale) de l'Université de Strasbourg(55).

Dans une enquête réalisée en 2011 auprès d'internes de médecine générale français, 97% des participants déclaraient avoir déjà fait au moins une erreur médicale(1). Parmi ces internes, 64% ont déclaré qu'ils étaient fortement affectés par leur erreur et 33% auraient aimé parler davantage des circonstances de leur erreur avec leur supérieur. Ces étudiants préféreraient bénéficier de discussions plus ouvertes lorsque l'erreur se produit réellement plutôt qu'une formation formelle à l'université. Cette enquête met donc en avant le fait que la question de l'erreur médicale concerne la quasi-totalité des internes, et qu'elle semble insuffisamment traitée pendant les stages.

L'une des raisons pouvant expliquer ce manque est probablement liée au tabou de l'erreur dans le milieu médical(57)(38). Dans l'une de ses conférences, le Dr Brian Goldman parle d'un système médical au sein duquel l'erreur n'est pas permise, et ce alors qu'elle est pourtant inhérente à la pratique du métier, quotidienne, et qu'elle concerne la quasi-totalité des médecins(38). Dans ces conditions, en cas d'erreur, il est très difficile pour un médecin, et a fortiori un interne, de se confier et de trouver une oreille attentive. Pour le Dr Goldman, il est nécessaire d'accepter ce risque afin de permettre aux médecins de libérer davantage leur parole sur leurs expériences.

Libérer la parole des médecins concernés par des erreurs médicales est justement l'un des points revenant le plus souvent dans la littérature, et ce pour essentiellement deux raisons. La première raison est relative à la gestion émotionnelle de l'erreur. La seconde, concerne quant à elle l'approche pédagogique des erreurs médicales. Dans une enquête sur des groupes d'échanges de pratiques analysant les erreurs médicales au cours du stage chez le praticien, ces deux aspects ont pu être mis en évidence ; l'empathie du groupe a permis de soutenir les moments d'émotions pouvant être intenses, et une analyse étiologique de l'erreur avait pu être faite avec l'aide de l'enseignant(57).

Un autre avantage à libérer la parole des internes est la nécessité de développer une culture de déclaration des erreurs médicales en médecine générale, dans le but d'assurer l'amélioration des soins(58). Cette approche permettrait alors d'améliorer la gestion des risques et de prévenir la récurrence de nouvelles erreurs(1).

Si la question semble avoir été soulevée et abordée par certains DMG en France, la formation autour de la gestion de l'erreur médicale n'est pas forcément suffisante pour répondre aux

besoins des jeunes médecins lorsque ces derniers débutent leur carrière. Il semble donc nécessaire de poursuivre les efforts initiés par certaines facultés pour non seulement mettre en place des séminaires et/ou cours à l'attention de TOUS les internes, mais aussi et surtout pour intégrer véritablement cet apprentissage au sein des stages hospitaliers et ambulatoires. L'impact positif espéré de ces améliorations est psychologique mais également pédagogique(59).

b. Enseignement universitaire de la Médecine Générale

L'objectif principal de l'enseignement universitaire en Médecine est bien entendu la formation des futurs médecins. Les premiers enseignants universitaires associés de médecine générale n'ont été nommés qu'en 1991, et les premiers stages obligatoires de médecine générale ont fait leur apparition en 1997(60). Depuis 2004, avec l'apparition de l'ECN (Examen Classant National), la médecine générale est considérée comme une spécialité à part entière(60). En 2005, chaque faculté disposait de son propre DMG, et les années qui suivirent connurent de nombreuses évolutions relatives aux statuts des enseignants universitaires et aux maîtres de stage. En 2011, les enseignants de médecine générale rattachés à une faculté de médecine en France étaient plus de 5000(60). Tous ces changements ont eu pour finalité de structurer davantage la profession en optimisant la formation initiale et en dynamisant la recherche universitaire en médecine générale.

Un autre point qui mérite d'être exploré et amélioré est la formation des maîtres de stage à l'accueil des internes en médecine générale. Nous avons pu voir que les attentes des internes n'étaient pas complètement satisfaites lors des stages hospitaliers et ambulatoires. L'un des axes d'amélioration à envisager est l'analyse des erreurs et des pratiques en général directement sur le terrain de stage. Pour ce faire, il semble essentiel de sensibiliser et de former les maîtres de stages à ces pratiques.

2. Amélioration de la Formation Médicale Continue (FMC)

Dans la TAPS taxonomy, qui permet de classer les événements indésirables associés aux soins hors établissement de santé, les « erreurs en rapport avec les connaissances / compétences des professionnels de santé » occupent une place importante(33). La FMC permet au médecin

de réduire ce risque en poursuivant sa formation bien au-delà de son cursus universitaire initial. Cette formation est une obligation déontologique pour tout médecin(61).

a. Obligation de Développement Professionnel Continu (DPC)

Pour prévenir l'erreur médicale, presque tous les médecins interrogés déclarent faire de la formation continue. Concernant les moyens de formation individuelle, sont cités les revues scientifiques et les livres. Concernant les moyens collectifs, sont cités les congrès, les séminaires de formation continue, les diplômes universitaires et les groupes de pairs. Néanmoins, certains reconnaissent et regrettent de ne pas se former suffisamment, invoquant souvent le manque de temps, la surcharge de travail, les difficultés pour se faire remplacer, le manque de place dans les formations disponibles et un niveau d'indemnisation insuffisant.

L'importance de la FMC dans la stratégie de prévention de l'erreur médicale est largement retrouvée dans la littérature. Dans une enquête réalisée en 2015 auprès de 175 praticiens, évaluant la culture sécurité des patients en médecine générale, les médecins interrogés exprimaient également la nécessité de développer la formation des professionnels(62). D'après un rapport réalisé par le conseil national de la FMC des praticiens hospitaliers, 50% des connaissances sont obsolètes en l'espace de 7 ans(63). Pour les auteurs de ce rapport, la FMC est donc indispensable pour garantir la qualité d'exercice du praticien, en permettant :

- La transformation ou l'amélioration des connaissances acquises en FMI,
- L'acquisition de connaissances nouvelles,
- L'analyse de sa pratique en la confrontant aux recommandations.

A l'obligation de FMC, datant de 1996, s'est ajoutée en 2004 une obligation d'EPP (Évaluation des Pratiques Professionnelles)(64). L'EPP consiste à responsabiliser les médecins pour les amener à porter un regard critique sur leurs pratiques avec pour finalité l'amélioration de la qualité, la sécurité et l'efficience des soins(64). Elle s'envisage de multiples manières, et il appartient au praticien d'opter pour celle qui lui sied le plus, selon bien souvent son mode d'exercice ; elle peut être individuelle ou collective, lors de RMM (Revue de Mortalité et Morbidité), de groupes d'analyse de pratiques entre pairs, ou via une participation active à un réseau de santé(64)(65). De par leur complémentarité, la FMC et l'EPP se sont alors retrouvées dans un concept englobant de Développement Professionnel Continu (DPC)(61)(64). Ainsi, chaque médecin libéral doit pouvoir justifier d'une démarche de DPC sur 5 ans, avec d'une part

au moins 4 jours par an (ou effort équivalent) consacrés à la FMC, et d'autre part participer dans l'année à une démarche d'EPP(64). En cas de non-respect des obligations prévues par les textes, des sanctions sont prévues par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins(65). Or en pratique, à en croire les médecins interrogés dans notre enquête, les contrôles et les sanctions seraient inexistantes.

Pour développer davantage la formation continue chez les médecins généralistes, il est donc nécessaire d'explorer davantage le sujet. Mais enquêter sur le respect des obligations en matière de DPC par les médecins libéraux n'est pas une mince affaire, et il est très difficile d'apprécier à la fois les pratiques, mais aussi les attentes, les besoins, et les difficultés rencontrées par les praticiens de ville(64). Certains moyens visant à augmenter la participation des médecins généralistes aux formations de DPC existent déjà, et entre les mesures coercitives et incitatives, il existe sans doute encore un équilibre à trouver. Pour ce qui est des mesures coercitives, il semblerait suffisant d'appliquer tout simplement les règles existantes, en veillant à ce que chaque médecin remplisse ses obligations, sous peine de sanction. Pour ce qui est des mesures incitatives, l'indemnisation de la formation continue en médecine libérale a déjà permis d'augmenter le taux de participation aux formations des médecins généralistes(64). Mais pour certains, ces mesures ne seraient pas suffisantes et mériteraient d'être encore améliorées. Quant aux obstacles décrits – manque de temps, surcharge de travail, manque de remplaçants –, le débat reste ouvert car ces freins ne semblent pas rédhibitoires.

b. Formation à la gestion de l'erreur médicale

Lors des entretiens avec les médecins interrogés, beaucoup m'ont spontanément fait part d'un certain sentiment d'impuissance face au risque d'erreur. Soucieux de réduire ce risque au minimum, ils semblaient fatalement accepter l'idée que le risque zéro n'existe pas. Cependant, beaucoup regrettaient de ne pas être suffisamment armés pour affronter une telle éventualité, notamment sur les plans psychologiques, relationnels et juridiques. Pour ces derniers, l'offre de formation existante sur ce sujet serait insuffisante au niveau universitaire comme au niveau de la formation continue. Parmi les médecins interrogés, une seule participante a évoqué avoir assisté à une formation consacrée à la gestion de l'erreur médicale. Il s'agissait d'une formation organisée par son assurance professionnelle. D'autres ont pris pour exemple les groupes de pairs et les groupes Balint, sans toutefois y participer.

Si l'on se penche sur l'offre des principaux organismes de DPC, on peut constater qu'il est très difficile voire impossible de trouver une formation consacrée exclusivement à la gestion de l'erreur médicale. En effet, aucune formation sur la thématique de l'erreur ou du risque juridique n'a pu être retrouvée sur le site de l'ANDPC(66). Mais il faut plutôt chercher du côté des organismes d'assurance professionnelle si l'on veut trouver plus de ressources. En consultant le site internet de la MACSF⁸, on trouve de nombreuses informations et guides pratiques relatifs à toutes les questions qui entourent la gestion de l'erreur médicale(67).

En explorant les données de la littérature sur le sujet, nous constatons que de nombreux auteurs ont proposé des solutions visant à aider le médecin généraliste en cas de survenue d'une erreur médicale(25). Dans les publications de ces auteurs, nous pouvons entre autres retrouver qu'un accent particulier est mis sur les modes de formation consistant à confronter les expériences de chacun. Ainsi, le partage confraternel des expériences négatives ou positives, contribue à aider le praticien à appréhender et gérer au mieux l'erreur dans sa pratique. Les exemples sont nombreux et nous pouvons évoquer les groupes de pairs et les groupes Balint. Les groupes de pairs semblent avoir prouvé leur efficacité, et mériteraient d'emblée d'être davantage développés(30).

c. Groupes de Pairs

Les groupes de pairs sont suggérés à la fois comme moyen de FMC et comme moyen d'EPP. Au cours des entretiens réalisés, l'idée de se former par l'échange confraternel semble très populaire chez les médecins interrogés. Ces derniers sont quelques-uns à organiser des réunions d'échange et/ou de formation, de manière occasionnelle, entre collègues d'un même cabinet, mais sans qu'il s'agisse de groupes de pairs (selon la définition donnée par la SFMG (Société Française de Médecine Générale)(68)⁹). Ils ne sont en revanche que deux à avoir déclaré faire partie officiellement d'un groupe de pairs.

Les groupes de pairs sont apparus en France en 1987 sous l'impulsion de la SFMG (Société Française de Médecine Générale) et permettent aux médecins d'une même spécialité de se réunir régulièrement pour confronter et améliorer leurs pratiques(69). Même s'il n'existe aucun

⁸ Compagnie d'assurance citée en exemple lors des entretiens

⁹ Annexe 24 : Déroulement d'une réunion d'un groupe de pairs selon la SFMG, page 471

dispositif officiel d'enregistrement des groupes de pairs, la SFMG a suivi et identifié un certain nombre d'entre eux. Ainsi, ils étaient au nombre de 17 en 1995, 150 en 2005, et 194 en 2008 avec 1755 médecins au niveau national(70). Par ce biais, l'un des objectifs de la SFMG est de proposer des adresses à ceux qui veulent intégrer un groupe. Par ailleurs, les groupes de pairs, s'ils sont certifiés par la SFMG(69)(71), permettent dorénavant pour le médecin qui y participe d'être indemnisé au titre du DPC(71). Cette avancée a pour objectif le développement de ce mode de formation continue.

Les groupes de pairs sont cités par plusieurs auteurs comme moyen de prévention de l'erreur médicale en médecine générale(72)(70)(30)(25)(73). Dans une étude réalisée en 2012 dans le cadre d'une thèse auprès de 131 médecins généralistes participants à des groupes de pairs, 98% des médecins interrogés pensaient que la participation à un tel groupe améliorerait la qualité des soins, et 75% estimaient qu'elle induisait un changement de leurs méthodes de travail(70).

Les groupes de pairs semblent donc pouvoir contribuer à améliorer à la fois la prévention et la gestion de l'erreur médicale. Cependant, cette pratique semble encore trop marginale. Il serait intéressant d'enquêter sur les raisons pour lesquelles les médecins généralistes n'ont pas davantage recours à ce type de formation. Faciliter la création des groupes, et communiquer davantage sur les groupes existants, est sans doute l'un des leviers majeurs du développement futur du DPC en médecine générale. L'un des moyens serait de sensibiliser les internes de médecine générale à ce mode de formation à l'occasion de leurs stages ambulatoires ; par ce biais, ils pourraient découvrir cet outil et intégrer directement un groupe à l'issue de leur FMI. Une étude consacrée à l'apport des groupes d'analyse de pratique dédiés à l'erreur médicale, a d'ailleurs été réalisée auprès d'une population d'internes de médecine générale ; les résultats obtenus montraient une réelle valeur ajoutée de ces groupes par rapport à la formation classique hospitalo-universitaire(3).

d. Pédagogie de l'erreur médicale

Les médecins interrogés sont quelques-uns à se servir de leurs propres erreurs pour améliorer leurs pratiques. Ils procèdent alors souvent de manière individuelle, et plus rarement en groupe. Dans ce domaine, les perspectives d'amélioration citées sont une nouvelle fois la nécessité de développer davantage les groupes d'analyse de pratique entre pairs. Les revues de mortalité et morbidité sont indirectement évoquées sans être pour autant explicitement nommées. Le danger

d'une pratique routinière, sans remise en question et en reproduisant des erreurs non identifiées, est également cité.

Si elles sont reconnues, les erreurs peuvent être utiles(11). Il est alors important de les étudier pour améliorer la qualité de l'organisation des soins et ainsi prévenir leur risque de récurrence(11)(15). Mais en pratique, cette approche pédagogique ne semble pas si évidente, et il n'apparaît pas si aisé d'identifier puis d'analyser les erreurs lorsqu'elles surviennent. Si cette pédagogie s'intègre dans l'obligation d'EPP(64), elle se heurte effectivement à de nombreux obstacles parmi lesquels : la difficulté à identifier une erreur sans conséquences pour le patient, le manque de temps, et l'absence d'organisations professionnelles dédiées(62). Mais d'autres freins à l'analyse des erreurs existent.

- Nécessité d'un changement de culture

Dans l'imaginaire collectif, dont celui des soignants, le médecin doit être infailible et l'erreur lui est interdite(74). Cette exigence et ce déni de l'incertitude, dans laquelle baigne pourtant la médecine, ont alimenté une culture punitive et de culpabilisation(75)(76). Ainsi, dès la formation initiale, les médecins évoluent dans un contexte exigeant et concurrentiel où ils craignent de rapporter d'éventuelles erreurs, par peur d'être critiqués voire disqualifiés par les collègues et les patients(74). L'erreur est alors dissimulée, et se mettent en place des mécanismes de défense tels que le déni ou la minimalisation pour diminuer d'éventuels sentiments de honte ou de culpabilité(74). Cette occultation empêche donc par la force des choses la compréhension de l'erreur(11).

Ainsi, le terme même d'erreur, de par les différentes compréhensions qu'il peut susciter, mais aussi de par toute sa dimension accusatrice, n'est pas toujours clair pour les médecins, notamment ceux interrogés dans notre enquête. Il n'est d'ailleurs pas si rare que la confusion soit faite avec la faute, ou qu'il soit suggéré d'utiliser d'autres termes plutôt que celui-ci. En effet, si la distinction se fait aisément entre l'aléa (imprévisible, inévitable, et non imputable au médecin) et la faute (manque au devoir du médecin), l'erreur semble être la zone de flou entre les deux(11). Au terme d'erreur, il sera d'ailleurs préféré dès 2002 la notion d'événement indésirable associé aux soins par l'Académie de Médecine, et ensuite par la Haute Autorité de Santé(77). De nombreux auteurs vont alors suivre cette tendance moins culpabilisante, mais le

terme d'erreur reste néanmoins très utilisé dans la littérature, et surtout dans la société d'une manière générale.

Malgré l'évidente incertitude entourant nombre de décisions prises par les médecins, cette culture de perfection persiste(74). Mais entretenir une telle stratégie est voué à l'échec car elle a pour principale conséquence d'ancrer chez les soignants la crainte de sanctions et de répercussions liées à la révélation de l'erreur(78). Par conséquent, le résultat obtenu est à l'inverse de celui souhaité, car les erreurs ne sont ni reconnues, ni analysées et risquent donc de se renouveler(11)(78). La compréhension des erreurs, qui peuvent être humaines et/ou systémiques doit être un objectif dans la démarche de prévention, car une erreur non relevée et non identifiée risque de se reproduire(77). Il devient alors important de changer de regard sur l'erreur, qui doit être vue comme un moyen pédagogique et un outil de prévention, et non à travers le spectre d'une menace de sanction(77).

Pour mettre en place cette culture de sécurité, il est nécessaire que tous les soignants acceptent le concept selon lequel l'erreur est inévitable, afin d'adopter cette nouvelle responsabilité, à savoir identifier et comprendre les erreurs(77). A la responsabilité individuelle propre à chaque médecin, doit s'ajouter une responsabilité collective visant à identifier et comprendre les erreurs(77). Des initiatives existent parmi lesquelles le développement des RMM (Revue de Morbidité et Mortalité), ou l'incitation institutionnelle au dévoilement au patient d'éventuels dommages associés aux soins(74). Mais ces progrès sont loin d'être suffisants car ces changements ne pourront venir que d'une véritable révolution culturelle, à envisager dès la formation universitaire(11)(58)(62).

- Identification, analyse et déclaration des événements indésirables

C'est donc vers une culture de sécurité, acceptant et reconnaissant l'erreur médicale, que la médecine générale doit évoluer. Pour ce faire, il semble important de donner aux médecins les outils nécessaires à l'analyse des erreurs via un enseignement spécifique qui doit pouvoir se faire quel que soit la spécialité dès la FMI et se poursuivre en FMC(1)(57)(58)(62).

Dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé, il est préconisé d'analyser les événements indésirables en équipe afin d'approfondir davantage la problématique identifiée et de partager dans un second temps les enseignements tirés, et ce pour un maximum

d'efficacité(78). Cette analyse doit rechercher toutes les causes, individuelles ou systémiques, immédiates et profondes, de l'événements indésirable.

Dans les établissements de santé, la méthode Alarm est la plus utilisée pour analyser lors des RMM la survenue d'événements indésirables(78). Mais cette méthode n'est pas forcément adaptée aux médecins généralistes exerçant en soins primaires. Dans une étude réalisée sur l'impact des événements indésirables sur la pratique de 15 médecins généralistes maîtres de stage, les auteurs proposent de mettre en place un observatoire des événements indésirables en médecine générale, qui aurait pour vocation de collecter et d'analyser les événements indésirables(30). Découlerait alors de cette analyse une démarche préventive adaptée par le biais de l'EPP, de la FMC et de l'amélioration des outils informatiques. Pour faciliter la collecte des événements indésirables, en minimisant notamment leur impact sur le médecin, il est également proposé dans cette même étude de réaliser en amont des entretiens en groupes de pairs ou en groupes Balint.

Procéder à la révolution culturelle précédemment évoquée n'est donc pas suffisant pour que ce système d'identification et d'analyse des erreurs puisse être optimal. On peut créer en parallèle des outils adaptés à la médecine générale et accessibles à tous les praticiens pour que ce rouage d'identification et d'analyse des erreurs, puis de proposition de démarches préventives, soit effectif sur le terrain. Ainsi, nous pouvons espérer récolter les fruits de cette pédagogie de l'erreur et en faire bénéficier toute la profession, et bien évidemment les patients.

- Revues de Morbidité et Mortalité (RMM)

Les approches utilisées pour tirer des enseignements des erreurs médicales sont nombreuses, et parmi elles, les RMM sont souvent citées dans la littérature. « Une revue de morbidité et de mortalité est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins »(79)¹⁰. Ainsi, la RMM permet entre autres d'identifier les pratiques jugées non optimales, de les analyser afin de mettre en évidence les causes, et de proposer des actions d'amélioration, sans porter de jugement sur les personnes

¹⁰ Annexe 25 : Déroulement d'une séance de RMM, page 472

ayant participé à la prise en charge, ni rechercher un coupable(80). La RMM s'inscrit donc dans l'objectif d'amélioration de la sécurité et la qualité des soins du DPC, et la participation active et régulière d'un professionnel de santé constitue une démarche d'EPP(80).

Pour pouvoir être réalisée, la RMM requiert la participation des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient dont il est question ; pour ce faire, il est préférable de constituer des groupes pluridisciplinaires(80). Ces groupes peuvent se mettre en place au sein d'établissements de santé, de réseaux de santé, ou de groupes de pairs(79). Bien que particulièrement développées en milieu hospitalier, les RMM ont également vocation à se développer en médecine ambulatoire, et ont d'ailleurs été expérimentées en médecine générale en 2011(81). Les résultats montraient alors de nombreux dysfonctionnements redondants au sein d'un groupe de 12 médecins généralistes, et des mesures correctives ont pu être proposées. A l'issue de cette expérimentation, les participants étaient satisfaits et ont particulièrement apprécié la possibilité d'exprimer un ressenti sans être jugé. Les médecins généralistes sont d'ailleurs des acteurs majeurs pour mettre en œuvre une RMM en médecine ambulatoire, de par leur rôle de coordonnateurs des soins de premier recours(80).

Au vu de tous ces éléments, le développement des RMM par des médecins généralistes semble pouvoir être un outil majeur à l'essor de cette culture de sécurité en médecine générale et donc de sécurité dans la coordination de la prise en charge du patient. Mais dans un contexte d'exercice à flux tendu, souvent solitaire, la généralisation des RMM en médecine générale nécessitera sans doute la mise en place d'aides et une valorisation de la part de nos institutions.

e. Recherche en médecine générale

Pour ce qui est de la recherche, elle a également été citée comme un point à améliorer en médecine générale, notamment autour de la question de l'erreur médicale. Pour définir la recherche en médecine générale, nous pouvons reprendre les items cités par le collège des généralistes enseignants de l'Océan Indien sur leur site internet(82) :

- Œuvrer pour améliorer la qualité ou l'efficacité des soins prodigués,
- Valoriser et faire progresser la discipline médecine générale et la profession,
- Recueillir et analyser des données spécifiques aux soins primaires,
- Exposer de manière scientifique le savoir-faire des médecins en ambulatoire,
- Répondre à un questionnement personnel,

- Sortir de l'isolement du cabinet,
- Évaluer et orienter le système de santé à partir de données pertinentes.

Dans un article traitant de la recherche en médecine générale et publié par la "Revue du Praticien Médecine Générale" en 2001, les auteurs associaient déjà le soin, la prévention et la production d'informations comme trois fonctions indissociables du métier de tout médecin(83). Tout en constatant l'implication dans la recherche de certains noyaux de praticiens décrits comme passionnés, ils regrettaient néanmoins que cette pratique ne soit pas suffisamment développée et structurée. Pour ces derniers, la recherche est un élément fondamental en Médecine Générale car elle sert à comprendre, prévoir, et renforcer l'enseignement. Pour les auteurs, ce travail peut a minima consister en une simple analyse de sa pratique et/ou à la participation à la pharmacovigilance. Les médecins les plus impliqués peuvent eux être investigateurs pour telle ou telle étude ou bien membres d'un réseau sentinelle, ou encore piloter un travail. La recherche est ainsi décrite comme complémentaire des autres fonctions du praticien ; ce dernier doit pouvoir à la fois prévenir, soigner, se former et participer à la recherche. Ils proposaient donc de réglementer la recherche en médecine de ville, en créant un statut original prenant en compte la spécificité de l'exercice, et se démarquant du modèle hospitalo-universitaire. Depuis, la recherche a pu se développer davantage grâce à l'émergence des DMG et à la création des postes d'enseignants chercheurs dans les différentes facultés de médecine.

La recherche sur la thématique de l'erreur médicale en Médecine Générale a été initiée en France par certains auteurs parmi lesquels le Dr Éric Galam ou le Dr René Amalberti, tous deux cités à plusieurs reprises dans notre travail. De nombreux travaux ont pu être publiés mais il semble rester du chemin à parcourir pour pouvoir offrir aux praticiens sur le terrain des solutions concrètes aux problématiques rencontrées.

3. Amélioration du contexte professionnel

Au fil des entretiens réalisés, les conditions de travail difficiles sont souvent évoquées comme facteur de risque d'erreur médicale. De nombreux facteurs empêchant ces conditions de travail d'être optimales sont cités. Les principaux d'entre eux sont le manque de temps, la surcharge de travail et l'isolement professionnel. Le manque de temps est incontestablement l'élément revenant le plus souvent. Selon une enquête réalisée auprès de médecins libéraux de Haute

Normandie, les médecins généralistes seraient seulement 58% à être satisfaits de leurs conditions de travail, contre 75% en moyenne pour les autres spécialités(84). Parmi les sources d'insatisfaction mises en évidence dans cette étude, la surcharge de travail d'ordre administratif est l'une des principales. Dans la littérature, la surcharge de travail est également associée à un risque accru de syndrome d'épuisement professionnel(85). La nécessité d'améliorer le contexte de travail de manière générale semble donc être une évidence pour de nombreuses raisons.

Parmi les médecins interrogés, certains reconnaissent avoir adapté leur activité professionnelle suite à des procédures judiciaires en réduisant par exemple leur temps de travail. On peut donc constater subjectivement, à travers les quelques témoignages recueillis, que les participants ont plutôt tendance à tirer sur la corde, ne réagissant qu'une fois celle-ci craquée. S'ils semblent avoir identifié certains facteurs de risque, ils paraissent néanmoins les avoir acceptés avec fatalité. Quelques idées sont tout de même proposées pour améliorer les choses :

- Encadrement du temps de travail,
- Augmentation du nombre de médecins généralistes,
- Développement de l'exercice en association.

- Temps de travail

Concernant la durée de travail, il existe déjà une réglementation pour les médecins salariés. Ces derniers ne peuvent travailler plus de 48 heures par semaine en moyenne sur une période de référence de 13 semaines(86). Une réglementation concerne également l'encadrement des horaires en situation de gardes. Ces mesures sont entrées en vigueur depuis 2011 et font suite à une directive européenne de 2003(86). Cependant, cette réglementation ne s'applique pas aux professionnels libéraux, pour lesquels il n'existe pas de législation encadrant le temps de travail. Dans un rapport réalisé par l'Ordre des médecins et publié en 2018, 47,3% des répondants ont déclaré travailler plus de 48h par semaine, avec une corrélation entre le nombre d'heures travaillées en excès et la survenue de problèmes de santé(87).

Encadrer les horaires des médecins libéraux pourrait être une solution, comme cela a été fait pour les médecins salariés. En pratique, une telle mesure se heurterait à la problématique de l'accès aux soins, déjà tendue actuellement. Il semblerait donc qu'il faille se tourner vers d'autres solutions parmi lesquels une réduction de la surcharge de travail d'ordre administratif et le développement d'un partage des tâches avec des professions paramédicales.

- Nombre de médecins généralistes

Si le nombre de places destinées à la spécialisation en Médecine Générale est en constante augmentation depuis quelques années, le manque de médecins généralistes se fait de plus en plus ressentir. Selon des chiffres publiés en 2016 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, le nombre total de médecins généralistes en France a baissé de 8,4% entre 2007 et 2016 ; une baisse qui devrait se poursuivre jusqu'en 2025(88). Une loi santé a été adoptée récemment et vise à améliorer l'accès aux soins(89). Mais si cette loi ne fait pas l'unanimité au sein des médecins libéraux, elle a au moins le mérite de permettre une augmentation à moyen et long terme du nombre de médecins généralistes(90). Nous retrouvons dans les mesures votées une suppression du numerus clausus permettant de déterminer les effectifs d'étudiants par les universités et les agences régionales de santé, selon les besoins identifiés de chaque région. Néanmoins, les augmentations récentes et à venir du nombre d'étudiants en médecine ne devraient contribuer à inverser la courbe du nombre de médecins que d'ici quelques années. Par ailleurs, augmenter le nombre de médecins n'est pas une mesure suffisante si leur répartition n'est pas optimale sur le territoire. Toujours dans cette optique d'amélioration de l'accès aux soins, en évitant que certains médecins se retrouvent seuls et isolés au sein de certaines zones géographiques délaissées, la loi précédemment citée inclut également la nécessité de développer des stages et créations de maisons de santé dans les territoires les plus fragiles(89).

- Choix du mode d'exercice

L'installation en cabinet de groupe est vue par certains participants comme un moyen d'améliorer les conditions de travail. Elle permet de se faire remplacer par un collègue plus facilement en cas d'absence, de mutualiser le financement d'un secrétariat, de s'aménager un emploi du temps moins lourd, et de se répartir les créneaux de consultations urgentes. Au-delà du gain de confort de travail évoqué, le mode d'exercice en association permet également de réduire le risque de survenue d'erreur médicale par d'autres leviers abordés dans la dernière partie de ce chapitre. Il apparaît donc souhaitable de développer davantage ce mode d'exercice, notamment dans les zones géographiques déficitaires.

4. Prise en charge de la santé des médecins

« Ce qui est mauvais pour le médecin, sur le long terme, est mauvais pour le patient »

Aurélie Prouvost¹¹

a. Suivi médical des médecins

A l'instar du commun des mortels, le médecin n'échappe pas à la maladie. A travers quelques anecdotes et confidences, beaucoup ont d'ailleurs fait part des limites physiques, mentales et psycho-sociales qui pouvaient être les leurs au cours de leur vie personnelle et qui se répercutaient directement sur leur implication au travail. Mais si la santé du médecin nous intéresse particulièrement dans le cadre de cette thèse, c'est bien parce que, selon certains participants, elle serait associée à une prévention efficace de l'erreur médicale. Si aucune étude ne met en évidence un lien direct entre l'état de santé général du médecin et le risque de survenue d'erreur médicale, il semble néanmoins évident qu'optimiser la santé des médecins ne peut être qu'un avantage indéniable dans la qualité du travail de ces derniers(91). Promouvoir la santé du médecin est donc cité par certains comme un moyen de prévenir l'erreur médicale, mais également de la gérer au mieux une fois celle-ci survenue. Pour ce faire, il est par exemple fait mention de l'importance d'avoir une bonne hygiène de vie (l'alimentation et le sommeil sont cités), et de pratiquer un sport régulièrement. Conscient de l'urgence de la situation, l'Ordre National des Médecins semble avoir mesuré l'importance d'aborder cette question, d'où l'initiative de nombreux rapports publiés sur l'état de santé des médecins(87). Dans une enquête réalisée auprès de 10822 participants, parmi lesquels une cohorte de médecins généralistes représentant 62% des participants, un quart des participants a déclaré être en mauvaise ou moyenne santé(87).

- Suivi par un médecin traitant

Dans le rapport réalisé par l'Ordre des Médecins, 80% des 10822 médecins interrogés ont déclaré ne pas avoir de médecin référent(87). Or, en se traitant lui-même, le médecin-patient se prive de l'empathie d'un consultant et de l'objectivité essentielle à une démarche clinique de qualité, sans parler des risques de l'auto-prescription en termes de pharmacodépendance(92).

¹¹ Médecin généraliste, auteur d'une thèse sur la santé des médecins(91)

Au Québec, l'auto-traitement est proscrit par l'article 70 du code de déontologie médicale(93), hormis certaines exceptions. En France, cette mention n'apparaît pas dans notre code de déontologie(94), mais d'autres initiatives existent tout de même pour pallier à ce problème. Une campagne de communication intitulée « Dis Doc, T'as ton Doc ? » a été réalisée par le collègue français des anesthésistes réanimateurs, puis relayée par de nombreux partenaires, visant à sensibiliser les professionnels de santé à déclarer un médecin traitant et ne plus recourir à l'autodiagnostic et l'automédication(87)(95). Cette campagne s'adresse à tous les professionnels médicaux y compris les étudiants et est toujours d'actualité ; elle compte désormais plus de 33 partenaires parmi lesquels entre autres des compagnies d'assurance, des revues médicales, des syndicats de professionnels ou d'étudiants(95). Il est donc souhaitable que les efforts fournis en ce sens se poursuivent, en maintenant et accentuant la campagne de sensibilisation entamée, mais également par de nouvelles initiatives.

- Arrêts de travail

Concernant les arrêts de travail pour raison médicale, une seule participante a évoqué un long arrêt de travail pour des troubles du sommeil relatifs à des problèmes personnels, mais aggravés par un contexte professionnel stressant et difficile. Un autre participant raconte quant à lui comment il se rend au travail certains jours malgré des épisodes d'algies vasculaires de la face très invalidants, et qui justifieraient pourtant d'un repos et d'un arrêt de travail. Dans l'enquête sur la santé des médecins citée précédemment, nous constatons que 43,1% des médecins déclarent avoir renoncé à s'arrêter de travailler pour raison médicale alors que leur état de santé le justifiait ; ces derniers expliquent ce renoncement par les difficultés à se faire remplacer et dans une moindre proportion pour des raisons financières(87). Ce constat est une nouvelle fois alarmant et sans équivoque. Pour remédier à ce problème, il est évident que la première solution à envisager est d'insister sur la nécessité pour les médecins d'être suivi par un médecin traitant.

- Médecine préventive

La médecine préventive dédiée aux professionnels de santé n'a pas été évoquée par les médecins interrogés. Selon une étude réalisée en Haute Normandie en 2008 auprès de médecins libéraux, 80% des participants étaient favorables à la mise en place d'un service de médecine préventive spécialement dédié à la médecine libérale(84). Une autre enquête plus récente, datant de 2016, réalisée en Loire Atlantique dans le cadre d'une thèse de médecine générale,

met en évidence qu'une très grande majorité des médecins libéraux interrogés était également favorable à la mise en place d'une structure de médecine préventive(96). Ainsi, ces dernières années, plusieurs projets, souvent associatifs, ont pu voir le jour. Nous pouvons citer l'exemple d'une initiative de médecins du Gard qui ont créé en 2015 une association baptisée INTER.MED, dont la finalité est d'offrir des consultations dédiées aux médecins et répondant spécifiquement aux problématiques de ces derniers(97). Dans le cadre d'un travail de thèse publié en 2016, Aurélie Prouvost a évalué cette démarche et a pu démontrer son efficacité et son utilité(91). Il existe donc sur ce sujet une prise de conscience associée à une réelle attente des professionnels libéraux. Malheureusement, les initiatives ayant vu le jour semblent très isolées pour le moment et mériteraient d'être davantage développées.

- Médecine du travail

Si la médecine du travail existe pour les praticiens salariés, conformément à ce qui est préconisé par le code du travail, elle ne peut s'appliquer aux professions libérales, non soumises à la même législation(98)(99). Pour améliorer les choses, l'un des participants propose de mettre en place une médecine du travail pour les médecins libéraux. Cette proposition est également faite par Eric Galam dans l'un de ses articles(100). Ceci dit, il est intéressant de noter que d'après l'enquête réalisée par l'Ordre des Médecins et citée précédemment, les carences en matière de santé des médecins sont observables aussi bien chez les salariés que chez les professionnels libéraux(87). Cette problématique ne pourrait donc se réduire à la simple présence ou non d'une médecine du travail.

- b. Répercussions psychologiques du métier

Comme nous l'évoquions plus tôt, le médecin est humain et peut avoir ses propres limites, parfois d'ordre psychologique, et parfois même psychiatrique. A ce terrain, très variable d'un médecin à l'autre, va s'ajouter l'impact du métier en termes de répercussions psychologiques.

- Vulnérabilité et exposition psychologique du médecin

L'exercice de la médecine générale est présenté par les médecins interrogés comme particulièrement difficile et stressant. Une majorité a fait part de l'anxiété qui pouvait exister par rapport au risque de se tromper. Par ailleurs, ce stress semble s'accroître davantage lorsque

les conditions de travail se dégradent et lorsque l'implication professionnelle du médecin doit s'élever. Pour beaucoup, le stress est perçu comme salutaire et bénéfique s'il n'est pas excessif, contrairement aux périodes de relâchement qui elles sont décrites comme étant à risque accru d'erreur médicale. Mais lorsqu'une erreur médicale survient, elle s'accompagne elle-même de nombreuses répercussions psychologiques pour le médecin, qui sont parfois intenses, et peuvent durer très longtemps. Pendant les entretiens, l'évocation de certains souvenirs parfois lointains pouvait dans certains cas réveiller une vive émotion chez les médecins interrogés. Si la plupart semblent être préparés et avoir fatalement accepté le contexte psychologique et émotionnel du métier, la survenue d'une erreur peut clairement être l'élément qui fait basculer les choses. Car même si le risque d'erreur est à la fois connu et reconnu comme inhérent à la pratique du métier, les participants ne paraissent pas y être préparés psychologiquement. Ils décrivent alors une situation de détresse psychologique, selon le niveau de gravité de l'erreur et de ses conséquences. Les reproches, plaintes et procédures judiciaires initiées par les patients aggravent souvent ces répercussions.

Le stress et l'anxiété constatés chez les médecins interrogés ne font que confirmer ce que l'on peut retrouver dans d'autres études. Ainsi, dans l'enquête réalisée par l'Ordre des Médecins et publiée en 2018, 90% des participants ont déclaré avoir été contraints à des situations stressantes au cours des trois derniers mois(87). Ce constat s'observe d'ailleurs dès la formation universitaire. Une enquête réalisée en 2017 auprès de 21768 étudiants en médecine ou jeunes médecins a pu mettre en évidence que 2 jeunes médecins sur 3 seraient anxieux, et qu'un jeune médecin sur 4 serait dépressif(101). Dans une autre étude, réalisée auprès de 16 médecins généralistes de Gironde en 2016, les participants ont évoqué de nombreux facteurs de risque psycho-sociaux¹²(102). Dans ce travail, les principaux facteurs de risque identifiés sont : la charge de travail, les relations avec les patients, la lourdeur des contraintes administratives, l'insatisfaction vis-à-vis de la rémunération, et la difficulté de concilier vie privée et vie professionnelle. Les conditions de travail influent donc directement sur le psychisme du médecin, et le risque d'arriver à un état d'épuisement professionnel n'est pas rare. Ainsi, de nombreux travaux sur le sujet auprès de médecins généralistes retrouvent ce syndrome chez près de 50% des médecins(103)(104)(105)(84).

¹² Les risques psycho-sociaux sont les contraintes professionnelles susceptibles de dégrader l'état de santé psychique d'un individu, occasionnant des troubles anxio-dépressifs ou un épuisement professionnel(102)(101)

Dans les suites d'une erreur médicale, ces répercussions psychologiques s'aggravent par l'apparition de nombreux sentiments tels que la honte, la culpabilité, la colère et la perte de confiance en soi(30). L'absence de suivi médical régulier ne fait que majorer la détresse et l'isolement du médecin concerné(27).

- Conduites addictives et traitements psychotropes

Lors des entretiens réalisés, il n'est pas rare que le parallèle soit fait entre l'exposition psychologique du médecin et une augmentation de la consommation d'alcool ou de traitements psychotropes. Les données de la littérature montrent que la consommation de traitements psychotropes et d'alcool a plutôt tendance à augmenter en cas d'épuisement professionnel. En effet, en cas de burn-out, 37% des médecins consomment de l'alcool au moins plusieurs fois par semaine voire tous les jours, et 14% consomment des traitements psychotropes au moins plusieurs fois par semaine voire tous les jours(87). Dans une autre enquête réalisée auprès de médecins libéraux de différentes spécialités, les généralistes ont plus fréquemment des pathologies d'ordre psychique et prennent plus fréquemment des traitements antidépresseurs que les autres spécialités(84).

- Prise en charge de ces répercussions psychologiques

Il existe pour les médecins un risque potentiellement accru de complications psychologiques voire psychiatriques. Il paraît donc indispensable d'agir de manière à réduire ces complications, afin d'enrayer le cercle vicieux au sein duquel un mauvais état de santé du médecin peut induire une augmentation du risque d'erreur médicale, qui elle-même se répercute directement sur l'état de santé du médecin.

Pour les médecins interrogés, la prise en charge de ces répercussions psychologiques est freinée par l'isolement dans lequel ils évoluent professionnellement. D'après eux, cet isolement peut être soit subi par un exercice individuel ou par le manque de considération ou de disponibilité des confrères, soit choisi par honte d'en parler ou par la crainte de déranger les autres avec ses problèmes. Pour prévenir le risque de répercussions psychologiques dues au métier, notamment après la survenue d'une erreur médicale, nous avons pu constater que de nombreux moyens ont été évoqués par les participants. Parmi ces moyens, l'importance de se confier à très souvent été citée. Pour cela, la plupart évoquent la possibilité de se tourner vers les collègues du cabinet.

Un autre moyen cité par l'un des participants est le recours aux permanences téléphoniques de soutien dédiées aux professionnels de santé. Enfin, lorsque se confier à un confrère n'est pas possible ou insuffisant pour surmonter une situation difficile, le recours à une psychothérapie est également cité par d'autres. L'une des participantes décrit de quelle manière cette approche lui permet de surmonter les difficultés du métier et ainsi de préserver sa santé mentale sur le long terme.

De par sa gravité, cette question est très abordée dans la littérature et de nombreux moyens de prévention et d'action sont proposés parmi lesquels l'amélioration des conditions de travail et la formation et sensibilisation des médecins à ces problématiques(101). Agir pour améliorer les choses est souvent présenté comme étant une urgence nécessitant une prise de conscience et des actions concrètes de la part de nos institutions(101).

En cas d'erreur, les nombreux auteurs ayant écrit sur le sujet insistent également sur la nécessité pour le médecin concerné de se confier(1)(59). Un modèle en trois temps a été préconisé Outre-Atlantique, et résumant dans les grandes lignes les solutions envisageables selon le degré de gravité de la situation(27) :

- Niveau 1 : Soutien confraternel,
- Niveau 2 : Recours à des professionnels entraînés à l'écoute,
- Niveau 3 : Recours à un psychologue ou psychiatre

➤ Niveau 1 : Soutien confraternel

Il s'agit là d'une étape essentielle qui concerne tous les médecins, sans exception, aussi bien les victimes potentielles que les aidants(27). Qu'il se fasse dans le cadre du cabinet, au sein de groupes de pairs, de groupes Balint ou autres, les échanges entre confrères sont décrits comme efficaces pour surmonter les difficultés psycho-émotionnelles rencontrées au cours de la pratique(105)(30)(100). Cette écoute doit être empathique, sans condescendance, en analysant l'accident comme un accident pouvant arriver à chacun d'entre nous, et de manière à rompre l'isolement du médecin victime(27). Par ce biais, le médecin a la possibilité de se confier et de partager ses difficultés avec des confrères susceptibles de le comprendre et de l'aider. Cependant, pour que cette démarche puisse être efficace, il est important de sensibiliser les médecins à l'importance de repérer, puis d'écouter et d'aider les confrères en

difficultés(28)(38)(100). Bien qu'unanimentement reconnue comme efficace, et d'une apparente simplicité sur le papier, cette étape n'est pourtant pas si évidente en pratique.

➤ Niveau 2 : Recours à des professionnels entraînés à l'écoute

Lorsque l'échange entre confrères n'est pas suffisant, voire impossible, il existe la possibilité d'échanger avec un professionnel formé à l'écoute des soignants en détresse(27). Certaines associations ont donc mis en place des permanences téléphoniques en temps continu 24/7 et destinées aux professionnels de santé. Nous pouvons citer l'exemple de l'AAPMS (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants), qui a été créée en 2004 pour venir en aide à l'ensemble des soignants français connaissant des problèmes psychologiques liés directement ou indirectement à l'exercice de leur profession(106). Cette association propose une permanence téléphonique traitant les appels de manière anonyme, gratuite et en temps continu sans interruption.

➤ Niveau 3 : Recours à un psychologue ou psychiatre

Dans les situations les plus sévères, il peut être nécessaire de consulter un psychologue ou un psychiatre(27). Une orientation peut alors être envisagée par le médecin traitant ou au décours d'une consultation en médecine préventive. Le cas échéant, il est préférable pour les médecins soignant d'autres médecins d'être formés aux caractéristiques spécifiques de ces problématiques et de cette profession(100).

c. Syndrome d'épuisement professionnel

Les mauvaises conditions de travail citées précédemment peuvent pousser le médecin à travailler sous pression constante, avec une augmentation du stress et de la fatigue. Le risque de burn-out, également appelé syndrome d'épuisement professionnel, est évoqué lors des entretiens réalisés. Ce syndrome se caractérise par « un épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel »(107).

En France, un médecin généraliste sur deux serait concerné par l'épuisement professionnel(100)(103). Les médecins généralistes seraient d'ailleurs plus touchés par ce

syndrome que les praticiens d'autres spécialités(84). Il s'agit de médecins qui ont en général une patientèle importante, travaillent sans rendez-vous, font beaucoup de visites à domicile, prennent peu de vacances (car peinent à trouver des remplaçants), et hésitent à se faire soigner(100). Cette triste tendance de l'épuisement professionnel dans le corps médical s'observe d'ailleurs dès la formation initiale avec une augmentation du taux de dépersonnalisation, un lien avec la charge de travail, le manque de reconnaissance pour le travail accompli et le manque de temps pour la vie privée(108).

Il semble nécessaire de prévenir la survenue du syndrome d'épuisement professionnel des médecins libéraux en sensibilisant les médecins eux-mêmes sur la nécessité de se préserver et de se ménager. A l'échelle collective, cette prévention passe par une prise de conscience des institutions et par une amélioration de la protection sociale des médecins libéraux (indemnités journalières plus précoces en cas d'arrêt maladie, médecine du travail, voire une base de salariat pour les actes de prévention)(100).

5. Optimisation des équipements

Qu'il s'agisse d'outils organisationnels ou purement médicaux, les différents équipements du cabinet ont également une place importante dans la prévention du risque d'erreur médicale. Les apports de l'informatique et de l'ECG sont les plus fréquemment évoqués lors des entretiens.

a. Équipements informatiques

L'informatisation des cabinets médicaux est globalement perçue par les médecins interrogés comme un outil efficace de prévention de l'erreur. Si l'on revient sur les différents facteurs de risque cités par les participants de cette étude, certains seraient en effet minimisés par l'utilisation d'appareils informatiques et/ou connectés. Qu'il s'agisse du manque de temps, des difficultés liées aux conditions de travail, de l'isolement, du manque de moyens, mais aussi des problèmes de communication avec les patients ou entre professionnels de santé, les participants ont mis en avant de nombreux outils informatiques et/ou connectés utilisés au quotidien pour remédier à ces différents problèmes.

- Informatisation et amélioration des pratiques

Les médecins interrogés mettent en avant les bienfaits des différents logiciels de gestion des dossiers patients, des logiciels d'aide à la prescription, d'internet et des nombreuses bases de données en ligne. Internet est également cité comme un outil permettant de rester en contact avec d'autres professionnels de santé, ces derniers pouvant être sollicités en cas de besoin.

L'informatisation des cabinets médicaux s'est généralisée en 1998 par un texte de loi mentionnant que les professionnels de santé devaient pouvoir signer, recevoir et traiter les feuilles de soins électroniques(109)(110). En 2011, la caisse primaire d'assurance maladie intègre cette obligation à la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique)(111). Via la ROSP, les médecins, et les médecins généralistes en particulier, bénéficient d'une rémunération calculée en fonction de la qualité de l'organisation du cabinet, ainsi que du respect de certaines recommandations en vigueur(110). Cette mesure a permis de faire évoluer les pratiques pour atteindre certains objectifs de santé publique, avec une amélioration de la prévention et de l'efficacité des prescriptions(112). Malgré une absence de consensus au sein des médecins sur le bienfondé de cette rémunération complémentaire, ces derniers reconnaissent en général un impact sur leurs pratiques(113).

On estime aujourd'hui à environ 96% la part des médecins, toutes spécialités confondues, utilisant un ordinateur au cabinet(114). Les fonctionnalités les plus utilisées sont le dossier médical informatisé, le logiciel d'aide à la prescription, et l'interrogation de bases de données(115). En optimisant l'organisation du cabinet, les dossiers médicaux des patients, la communication entre professionnels de santé, ainsi que l'accès aux dernières recommandations, l'informatisation du cabinet accroît le niveau de rigueur de gestion des données et facilite de ce fait une diminution du risque d'erreurs. Les participants interrogés souhaiteraient que les progrès déjà réalisés dans ce domaine puissent se poursuivre. Parmi les perspectives citées lors des entretiens, nous retrouvons l'amélioration des logiciels de gestion des dossiers patients, avec notamment l'incorporation d'arbres décisionnels utiles en médecine générale. Des éventuels ajustements et propositions d'amélioration des logiciels pourraient par exemple se faire à l'issue d'analyse d'événements indésirables et d'incidents lors des séances d'EPP(30).

Néanmoins, l'apport de l'informatique n'est pour autant pas dénué d'inconvénients. De nombreux médecins m'ont fait part du risque d'erreur de prescription qui pouvait être lié à la

rédaction des ordonnances via les logiciels utilisés, ces erreurs pouvant être graves et préjudiciables pour le patient. Les exemples cités concernent les erreurs de prescriptions médicamenteuses (erreur portant sur le nom du médicament ou de la posologie) et les erreurs d'identification de patient. Elles surviennent bien souvent du fait du caractère automatique de l'utilisation des logiciels, sans vérification suffisante. Nous constatons donc l'apparition d'un nouveau type d'erreurs, spécifiques à l'outil informatique qui n'existait pas auparavant et face auquel il convient de mettre en place des mesures préventives adaptées. Du fait de l'absence de vérification au moment de rédiger et/ou de remettre l'ordonnance au patient, le caractère de faute professionnelle peut être invoqué ; certains cas de plaintes de ce type sont décrits sur le site internet de la MACSF(116).

Parmi les participants, un seul n'était pas informatisé, ce dernier m'a fait part des réticences qu'il avait quant à l'utilisation de l'ordinateur par rapport au risque de répercussions relationnelles avec le patient. Dans une thèse réalisée en 2011 sur la perception qu'ont les patients de l'informatisation des généralistes, l'ordinateur est pourtant perçu comme un outil profitable pour la qualité du suivi(117). Cependant, les patients ne souhaiteraient pas que ces technologies se développent de manière à déshumaniser leur relation avec leur praticien ; ils sont par exemple réticents à l'idée d'élaborer de nouvelles méthodes de communication par le biais d'internet avec leur médecin. Il convient donc de poursuivre les progrès en cours en matière de nouveautés technologiques, sans risquer de porter atteinte à la relation médecin malade, d'autant plus que cette relation joue un rôle prépondérant dans la démarche d'amélioration des pratiques et de réduction du risque d'erreur.

Enfin, pour profiter pleinement des avantages apportés par l'informatique en matière d'amélioration des pratiques, il semble indispensable de former davantage les médecins à l'utilisation des ordinateurs et logiciels disponibles(118).

- Smartphone et objets connectés

Lors des entretiens, certains mettent en avant l'utilisation de leur smartphone comme outil efficace de prévention de l'erreur via des fonctionnalités pratiques tel que le traducteur, l'accès à internet et à de nombreuses bases de données en ligne, l'utilisation de certaines applications, et la possibilité de téléphoner en urgence tout en envoyant des photographies lors de visites à domicile.

Le smartphone, ou « téléphone intelligent », est un téléphone mobile regroupant de nombreux champs d'application parmi lesquels certaines fonctionnalités caractéristiques d'un ordinateur portable. Dans une enquête réalisée en 2016 auprès de 276 médecins généralistes de Picardie, 91% des participants avaient un smartphone, et 75% l'utilisaient de façon courante à des fins professionnelles(119). L'auteur de ce travail évoque une réduction des erreurs médicales, via un meilleur accès aux spécialistes, une pratique plus simple de la médecine et éventuellement un accès virtuel à son médecin traitant(119). Dans une autre enquête, réalisée en 2015 auprès de médecins français, 90% des participants utilisent internet sur leur téléphone pendant et en dehors des consultations, et 58% utilisent des applications médicales (principalement des bases de données médicamenteuses)(114). De nombreuses applications médicales se sont ainsi développées depuis l'émergence des smartphones(119). Certaines sont destinées aux patients, mais bon nombre d'entre elles s'adressent plutôt aux médecins et concernent les thématiques d'aide au diagnostic et à la prescription. Il en est de même pour les outils connectés de suivi des patients (par exemple : tensiomètres ou glucomètres) (114)(119).

Pour rassurer les médecins et les patients, il faudrait développer davantage d'outils de ce type répondant à des labels qualité et permettant de garantir la confidentialité des données(114)(119). Les perspectives dans ce domaines paraissent sans limites, et la place de l'intelligence artificielle est de plus en plus évoquée pour assister le médecin dans sa démarche diagnostique et/ou ses décisions de prises en charge(5). Avancer dans cette voie en apportant des solutions aux difficultés rencontrées, et sans risquer d'en créer de nouvelles, est un des nombreux défis du secteur de la santé dans son ensemble.

- Communications entre professionnels de santé et DMP

Le manque de communication et d'échanges entre professionnels de santé a souvent été pointé du doigt par les participants de notre étude. Ces derniers déplorent un manque de disponibilité des confrères libéraux ou hospitaliers, et des envois trop tardifs des courriers d'hospitalisation. Pour les médecins interrogés, ces facteurs sont propices à des retards de prise en charge et donc à un risque accru d'erreur médicale.

Grâce aux progrès technologiques, certaines solutions tendent à améliorer la situation. Le développement des messageries électroniques sécurisées a permis une meilleure communication entre professionnels de santé, avec pour les patients une qualité de soins

meilleure(120). Apicrypt est de très loin la messagerie sécurisée la plus utilisée par les médecins(114). Cette question des échanges entre professionnels de santé est d'ailleurs centrale dans le projet de loi voté récemment(89). Il existe en effet une volonté politique de faire de l'outil numérique un atout pour le partage de l'information et de l'évolution des pratiques aussi bien chez les soignants que chez les patients, afin de fluidifier les échanges et la transmission des informations. Dans ce projet de loi, la généralisation du DMP (Dossier Médical Partagé) est mise en avant.

Le DMP est un dossier médical alimenté par les professionnels de santé du patient concerné (compte-rendu, résultats biologiques, antécédents, traitements, ...), non obligatoire, gratuit, et disponible pour tous les sociétaires de l'assurance maladie(89). Pour certains participants, cette idée de DMP est idéale sur le papier, mais encore loin d'être efficace en pratique. Elle permettrait en effet de réduire les risques d'erreur liés au nomadisme médical, au manque d'information sur le patient en général et à certains problèmes de communication entre professionnels de santé. Le DMP peut être créé par le patient ou par un professionnel de santé avec l'accord du patient, et il est consultable en ligne via un logiciel professionnel (si compatible), ou directement sur un site internet dédié(121). En 2019, 6 millions de personnes avaient ouvert un DMP(122). Si cet outil paraît être la solution à de nombreux problèmes, il existe de nombreux freins à sa généralisation. Est-ce lié à des craintes des patients, ou à une sensibilisation insuffisante des médecins sur la question ? Pour développer davantage le DMP dans le futur, il faudra compter sur une prise de conscience des médecins pour adopter cet outil d'avenir, mais également pour sensibiliser et convaincre leurs patients à son usage. Dans cette démarche, la place de la médecine générale semble une nouvelle fois centrale.

b. Équipements médicaux

Le travail en situation d'incertitude, ainsi que les longs délais de rendez-vous des examens complémentaires et avis spécialisés sont cités par les médecins interrogés comme potentiels facteurs de risque d'erreur médicale. Dans ce contexte, l'utilisation de certains équipements médicaux est évoquée par certains pour se prémunir du risque d'erreur. Il s'agit en général d'équipements à visée diagnostique. Nous nous sommes penchés sur deux outils en particulier cités à plusieurs reprises : l'ECG (l'électrocardiogramme) et l'échographe.

- Électrocardiogramme

L'ECG est un outil diagnostique non invasif, pour lequel il existe de très nombreuses indications rencontrées en médecine générale(123)(124). Cet examen complémentaire a été cité lors des entretiens pour son indication en urgence. Mais en pratique de médecine générale, le recours à l'ECG peut également se justifier pour la surveillance de facteurs de risque cardiovasculaire, pour la surveillance d'un trouble du rythme, avant introduction d'un traitement, ou en vue de la rédaction d'un certificat de non contre-indication à la pratique du sport(123). La pratique de l'ECG en médecine générale comporte donc de multiples avantages pour le praticien, le patient, et pour le système de soins(124). Or, dans les différentes études réalisées en France, on peut constater que la pratique de l'ECG reste marginale chez les médecins généralistes, et ce malgré le fait que la plupart d'entre eux pensent que l'utilisation de l'ECG fait pleinement partie des prérogatives de leur fonction(123)(125)(124). De nombreux facteurs limitants l'utilisation de l'ECG en médecine générale sont mis en évidence dans la littérature : la proximité du cardiologue ou d'un service d'urgence, le coût d'acquisition de l'équipement, le risque médico-légal, le niveau de formation insuffisant, et enfin l'aspect chronophage(125)(124)(126). Il existe tout de même certains facteurs favorisant tels que le jeune âge, le manque de cardiologues disponibles, la participation à une formation complémentaire portant sur la pratique de l'ECG, l'inscription au tableau de garde, et l'exercice en milieu rural et/ou en cabinet de groupe(125)(124)(126). Lorsque les médecins généralistes ont recours à l'ECG, le niveau d'interprétation est satisfaisant, et s'améliore avec l'augmentation du volume annuel d'actes et l'utilisation à visée préventive(123)(125).

Les avis des sociétés savantes et de la Haute Autorité de Santé préconisent l'utilisation de l'ECG dans de plus en plus de pathologies chroniques et pour la rédaction de nombreux certificats médicaux(124). Avec l'évolution de certaines recommandations, les besoins sont donc croissants, dépassant les capacités d'accueil des cardiologues dans des délais raisonnables(123). Par ailleurs, dans le parcours de soin, le médecin généraliste est bien souvent en première ligne en cas d'urgence, contrairement aux cardiologues. Malgré ces nombreux éléments, le taux d'équipement et d'utilisation des médecins généralistes reste faible(126). De nombreux moyens sont évoqués dans la littérature pour développer davantage la pratique de l'ECG en médecine générale. Le premier moyen est l'optimisation de la formation, qu'elle soit initiale et continue(123)(124). Le second consiste à renforcer la collaboration avec les cardiologues de ville(123)(125). Enfin, un dernier moyen serait d'inciter financièrement les

médecins généralistes à s'équiper, en subventionnant l'achat du matériel et en valorisant l'acte(123).

La littérature portant sur l'ECG en médecine générale évoque principalement les facteurs limitants et favorisants, sans pour autant évaluer les répercussions en termes de réduction du risque d'erreur médicale. Pour s'assurer d'un réel impact sur la diminution des erreurs, il faudrait pouvoir évaluer ce retentissement sur la pratique des médecins utilisant l'ECG.

- Échographie

Comme pour l'ECG, l'échographie est un outil diagnostique non invasif utilisé par certains médecins généralistes. Il est d'ailleurs considéré par de nombreux médecins et auteurs comme un prolongement de la clinique, permettant de répondre efficacement et rapidement à des questions simples(127). Parmi les participants interrogés, deux d'entre eux ont cité ce moyen dans une démarche de réduction de l'erreur. Pour le patient, l'intérêt consiste principalement en une prise en charge thérapeutique plus rapide(128). Pour le médecin, il existe un réel intérêt intellectuel, précieux en médecine générale car contribuant à l'épanouissement professionnel du praticien(128). Cette pratique n'est pour autant pas répandue car elle se heurte à de nombreux freins tels que les problèmes de cotation et la nécessité d'une formation adaptée(128). Cependant, pour les médecins intéressés, il existe des formations universitaires ouvertes aux médecins généralistes et les modèles d'échographes disponibles sont de plus en plus adaptés à la pratique de la médecine générale, avec des formats plus discrets et des prix plus bas(128). Mais tout comme pour l'ECG, il n'existe aucune donnée dans la littérature traitant des erreurs médicales rencontrées en médecine générale, et qui auraient pu être évitées par un acte d'échographie.

- Erreurs médicales liées à l'utilisation d'équipements médicaux

Pour certains médecins interrogés, l'incertitude en médecine générale doit être assumée. Ces derniers mettent en garde face au risque de vouloir être expert de choses qu'on ne maîtrise pas, au risque d'induire un nouveau type d'erreur, celui lié à la réalisation d'un acte technique ou à l'interprétation d'un examen complémentaire(33). Pour l'un d'entre eux, chacun doit savoir rester dans son champ de compétences ; la solution pour optimiser les prises en charge consisterait alors à améliorer la collaboration entre professionnels de santé.

Pour améliorer les choses, il faudrait inciter et former davantage les médecins à l'utilisation de certains outils diagnostiques et/ou thérapeutiques jugés efficaces en médecine générale, et laisser chaque praticien évaluer le rapport bénéfice risque dans le cadre de sa pratique.

6. Optimisation de la relation médecin-malade

« La relation entre un patient et un médecin est le fondement de l'exercice médical. Il s'agit toujours d'une rencontre singulière et imprévisible, qui se construit autour du double langage, du corps et du symptôme et de celui de la parole. Celle-ci porte en elle un formidable pouvoir structurant, rassurant, mobilisateur de ressources ou au contraire source de frustrations, de colère, de revendications. »

Isabelle Moley-Massol¹³

La relation médecin-malade est très évoquée lors des entretiens réalisés. Son importance est centrale pour les participants, aussi bien dans une démarche de prévention de l'erreur que de gestion de celle-ci.

a. Évolution du modèle relationnel

De nombreux modèles existent pour structurer la relation entre les médecins et leurs patients. Ces modèles divergent notamment par le rapport hiérarchique qui y existent en termes de pouvoir décisionnaire. Selon les périodes et cultures, certains modèles sembleraient plus adaptés que d'autres. Mais existe-t-il pour autant un véritable lien entre le choix du modèle et le risque de survenue d'une erreur médicale ?

- Fin du « modèle paternaliste »

Pendant longtemps, et jusque dans les années 1980, la relation entre médecins et patients s'est construite selon un modèle paternaliste et hiérarchique entre un médecin savant détenteur du pouvoir, et son malade soumis à l'autorité médicale et relégué à une attitude passive et infantilissante(129)(130). Ce paternalisme se justifiait par l'asymétrie existante entre le niveau de connaissance ou de compréhension du médecin et celui du patient. Dans ce modèle

¹³ Psycho-oncologue, psychanalyste libérale et praticienne à l'hôpital Cochin(129)

relationnel, la communication est unilatérale et l'information descendante(129). Le médecin sait ce qui est mieux pour son patient et décide seul en agissant dans l'intérêt de ce dernier ; ce modèle se base sur des principes d'altruisme et de bienfaisance(130). Cette notion a été évoquée à quelques reprises lors des entretiens, avec une tendance nette au rejet de ce type de modèle qui risque d'entretenir l'illusion d'omniscience des médecins.

Mais si par le passé, la médecine paternaliste inspirait peut-être davantage confiance auprès du patient, il semblerait que les choses aient changé à la fin du 20^e siècle. A travers l'évolution culturelle de la société et l'amélioration de l'accès à l'information sur les questions de santé, est née une volonté des patients d'être informés sur leur maladie et d'être consulté dans le choix des options thérapeutiques qui s'offraient à eux(129). Dans ce contexte, il fallait alors revoir le modèle relationnel de manière à y inclure davantage le patient dans les décisions.

- Essor du « modèle de décision partagée »

Face au déclin du « modèle paternaliste », d'autres modèles relationnels impliquant davantage le patient ont donc vu le jour(130). Le « modèle du médecin décideur » en est un exemple : il consiste en un transfert unidirectionnel d'information du patient vers le médecin lors duquel le patient explicite ses préférences et laisse le médecin prendre seul la décision. Avec encore plus de pouvoir décisionnel pour le patient, le « modèle informatif » est plus connu. Également appelé « modèle de décision informée » ou « modèle patient décideur », il consiste en un transfert d'information unidirectionnel du médecin cette fois-ci vers le patient qui prend seul la décision. Le rôle du médecin est alors technique et se limite au transfert des connaissances vers le patient. Contrairement au « modèle paternaliste » reposant sur des principes d'altruisme et de bienfaisance, ce modèle repose quant à lui sur le principe d'autonomie de la personne. Un autre modèle faisant intervenir un troisième acteur existe. Il s'agit du « modèle collectiviste », au sein duquel la société est représentée par le décideur public, et qui prend en considération l'utilité collective. Ce modèle repose sur des principes de solidarités et de justice.

La loi Kouchner de 2002, a permis de fixer un cadre au sein de la relation médecin malade. L'information du patient et son consentement préalable à toute décision thérapeutique devient alors une obligation légale(131). Le médecin doit conseiller en sa qualité d'expert et le patient prend la décision qui le concerne. La responsabilité est donc croisée entre le médecin et le patient(131).

Par la suite, la Haute Autorité de Santé a mis en avant un autre modèle, plus équilibré et permettant en quelque sorte la synthèse des précédents. Il s'agit du « modèle de décision partagée »(130). Il y existe un flux d'information bidirectionnel et les décisions sont prises de manière consensuelle entre patient et médecin, sans position dominante. Pour certains auteurs, ce modèle permet également de prendre en considération le point de vue sociétal via certaines recommandations et/ou mesures incitatives(130).

- Modèles relationnels et risque d'erreur médicale

Dans notre stratégie de prévention et de gestion du risque d'erreur médicale, la balance semble pencher du côté du « modèle de décision partagée ». Les arguments en faveur de ce choix sont évoqués dans la littérature mais aussi et surtout lors des entretiens réalisés.

- Rompre avec le concept de médecin omniscient et omnipotent :

Il s'agit là du premier argument évoqué. L'approche paternaliste favoriserait une pratique insuffisamment remise en question par le patient et par le médecin lui-même. Pour les médecins interrogés, le médecin ne doit pas paraître trop sûr de lui, au risque d'une part de transmettre la fausse idée selon laquelle le médecin saurait tout et n'aurait pas le droit à l'erreur, et d'autre part de montrer des signes de condescendance et de déplaire ainsi au patient, provoquant chez lui un repli sur lui-même. A l'inverse, le médecin aurait tout à gagner à s'inscrire dans une démarche d'humilité, appréciée par les patients selon les données recueillies, car il se place alors au niveau de celui du patient, en l'écoutant, en le conseillant plutôt qu'en lui imposant, et en reconnaissant ses propres limites. Cette attitude aurait pour conséquence de rassurer le patient et de le mettre en confiance, avec en cas d'erreur une approche plus constructive et un risque moindre de reproche et/ou de plainte.

- Obtenir l'adhésion du patient :

Une fois la confiance du patient gagnée, son adhésion à la prise en charge proposée est facilitée. La prise en considération de son avis y contribue également. Cette étape est cruciale pour optimiser la bonne compréhension et observance thérapeutique, réduisant ainsi le risque d'erreur liée à un défaut d'information ou une mauvaise observance(129).

➤ Se ménager émotionnellement :

Le burn-out étant une pathologie de l'épuisement survenant de façon préférentielle dans les professions dites relationnelles, il est difficile de trouver la bonne distance à établir pour apporter l'aide au patient sans se consumer soi-même(100). Le métier de médecin implique une confrontation à la souffrance, à l'incertitude et à l'impuissance. L'un des participants insiste sur l'avantage pour le médecin d'une approche relationnelle laissant au patient une part significative dans les décisions prises. La décision partagée permet ainsi de décharger le médecin du poids émotionnel de la responsabilité en cas d'échec thérapeutique.

Cette transition culturelle semble faire consensus chez les médecins interrogés dans notre étude. Ils semblent résolus à s'y conformer, aussi bien dans l'intérêt du patient qui doit pouvoir être informé et prendre part aux décisions thérapeutiques, mais aussi celui du médecin, qui voit ainsi sa lourde responsabilité s'alléger en partie. Mais si cette évolution correspond à l'ère du temps, avec un certain niveau de cohérence en termes de sécurité des patients, rien ne prouve dans la littérature que ce « modèle de décision partagée » s'accompagne d'une réduction significative du risque d'erreur.

b. Communication entre médecin et patient

Lorsque le cadre relationnel est posé, l'essentiel du travail reste à faire pour optimiser la relation. Et il va de soi que le « modèle de décision partagée » évoqué précédemment implique la participation clairvoyante du soignant et de son patient. Pour cette raison, la communication entre ces deux acteurs se doit d'être qualitative dans les deux sens car elle constitue un élément essentiel de la sécurité des patients(132). Or, nombreux sont les obstacles à une communication efficace(132). Ces obstacles peuvent être liés au patient, au clinicien, ou au système de santé.

▪ Implication des deux acteurs dans la relation

Pour les médecins interrogés, la première étape permettant d'optimiser la communication est la mise en confiance du patient. Cette étape permet en effet l'adhésion à la consultation et ultérieurement à la prise en charge. Dans certains cas, une barrière peut exister au sein de la relation, du fait d'un déni du patient de sa maladie, ou d'une attitude de défiance face à la position du médecin. Cette possible posture relationnelle du patient peut compliquer la situation

d'après les médecins interrogés car elle prive le médecin d'un recueil clinique exhaustif. Pour une relation médecin-patient optimale et performante en termes de recueil des données anamnestiques et cliniques, le médecin doit pouvoir mettre en œuvre des compétences certaines de communication.

Les médecins interrogés ont également insisté sur l'importance de l'écoute du patient et de son entourage. L'humilité est suggérée afin de prendre en considération la moindre plainte, de ne pas porter de préjugés sur le patient, et de garder une ouverture d'esprit sans se limiter à un apprentissage théorique. Cela n'est pourtant pas toujours évident, et il peut arriver que le médecin soit fatigué ou perturbé pour des raisons diverses, et qu'il ne soit pas suffisamment à l'écoute, et qu'il en arrive à une fermeture prématurée des hypothèses(38). Le temps et l'attention consacrés à l'interrogatoire sont donc fondamentaux pour prévenir certaines erreurs. L'un des médecins interrogés met tout de même en garde face à l'attention de consacrer trop de temps à l'écoute du patient et à l'empathie, tout en négligeant l'importance de l'examen physique.

- Littératie en santé

Une fois le recueil des éléments cliniques effectués, vient le temps de l'explication au patient et/ou à sa famille. Cette explication porte sur la maladie en elle-même ou sur les perspectives de prises en charge. Depuis 2002, avec la loi Kouchner, tout médecin a d'ailleurs une obligation médico-légale de donner une information loyale, claire et appropriée à tout patient(131). Il s'agit d'un point crucial pour les médecins interrogés, très soucieux pour la plupart que le patient quitte le cabinet en ayant tout compris. Ils évoquent néanmoins de nombreuses difficultés rencontrées au cours de leur pratique, et les niveaux faibles de littératie en santé de certains patients en sont l'une des raisons. Pour pallier ce problème, les participants disent prendre le temps d'expliquer, en utilisant des termes simples et compréhensibles.

La littératie en santé est l'aptitude permettant à l'utilisateur de s'y retrouver dans le système de santé et donc de participer à l'efficacité de son suivi médical. Elle englobe la capacité de lecture, d'écriture et de calcul dans le domaine de la santé(133). Plusieurs niveaux de littératie sont décrits, allant de la difficulté à lire un texte simple jusqu'à la capacité à combiner diverses sources d'information et à résoudre des problèmes complexes(134). Un niveau faible de littératie en santé est associé à une augmentation du taux de morbidité et de mortalité, à l'échelle

individuelle et sociétale(129)(133)(135). Les principales conséquences pour les patients concernés sont des erreurs diagnostiques et des mauvaises observances thérapeutiques(136).

Selon une étude Canadienne, près d'une personne sur deux, tous âges confondus, n'a pas les capacités en lecture et en écriture pour être fonctionnelle dans le système de santé(136). Ce constat est encore plus marqué chez les personnes âgées de plus de 65 ans et chez les immigrants(136)(135). En France, 21% des personnes de 25 à 65 ans ont un niveau de littératie en santé considéré comme faible, mais nous manquons malheureusement de chiffres portant sur les personnes âgées de plus de 65 ans(137).

Pour prévenir l'erreur médicale, agir en dépistant et compensant les problèmes de littératie en santé est un levier d'action important. Or, une étude qualitative réalisée auprès de 20 médecins généralistes en Normandie montre un manque d'outils standardisés pour prendre en charge les patients présentant un niveau faible de littératie en santé(137). Comme pour ceux interrogés dans notre travail, les médecins de cette étude adoptent instinctivement leur attitude lorsqu'ils jugent que cela est nécessaire. Mais sans outil validé, le repérage des patients concernés est toutefois approximatif et le risque est alors de n'en repérer qu'une partie.

Outre les difficultés liées aux outils ou moyens de dépistage et de prise en charge, la principale difficulté rencontrée par les médecins serait le manque de temps(138). Les médecins, sans cesse pressés par le rythme soutenu de leur activité, ne prennent plus le temps de vulgariser, de simplifier et de démêler les choses(136). Le système de santé actuel s'inscrit malheureusement dans une quête de rentabilité et de rendement(129). Dans ce contexte, mettre en pratique les recommandations de la Haute Autorité de Santé en matière de communication avec les patients est difficile(131). En effet, pour informer un patient correctement, il ne faut surtout pas se contenter de fiches explicatives car elles ne seraient comprises que par 23% des patients(131). Prendre le temps d'expliquer est fondamental, car il existe souvent une différence de perception de l'information entre le professionnel de santé et le patient. Pour cette raison, c'est l'information orale qui prime ; elle peut être matérialisée dans certains cas par une consultation spécifiquement dédiée(131). Ainsi, le patient bénéficiant d'une information comprise devient co-acteur de sa sécurité en jouant un rôle de contrôle utile dans la prévention d'événements indésirables(131).

Un autre obstacle majeur à une bonne communication entre médecins et patients est le manque de formation sur le sujet. Malgré l'existence d'outils validés et le réel intérêt en termes de santé publique et de réduction du risque d'événement indésirable, il n'y a pas de réelle stratégie d'adaptation des médecins généralistes(138). Le manque de formation en serait l'une des raisons. Ce constat est également celui des médecins interrogés dans notre enquête. Pour eux, la communication, et la relation en général avec le patient, n'est pas suffisamment enseignée dans nos facultés. Ils sont plusieurs à insister sur la nécessité de former davantage les médecins sur cette thématique. La faculté de médecine de Créteil propose des enseignements spécifiques sur la communication au troisième cycle de médecine générale(129). Cet apprentissage est réalisé de façon pratique par des mises en situations standardisées avec de faux patients joués par des acteurs.

Si beaucoup de médecins généralistes semblent affronter cette problématique sans stratégie standardisée, les outils pour les accompagner dans la communication avec leurs patients existent pourtant bel et bien. Certains sont d'ailleurs proposés sur le site internet de la Haute Autorité de Santé(129). L'un d'entre eux est l'outil "FAIRE DIRE", basé sur la reformulation du patient de l'information et des consignes données par le médecin(139). D'autres guides plus détaillés, selon les différentes spécificités du patient ou du contexte, existent et proposent des solutions pour communiquer dans différentes circonstances tout en s'assurant que le patient comprenne malgré son niveau de littératie(134). Dans certains cas, le recours à des interprètes médicaux, ou à des prises de décisions partagées, peut s'avérer nécessaire pour assurer la sécurité des patients(132).

Du fait de la complexification et de la transformation rapide du système de santé, cette problématique a tendance à s'aggraver(133)(136). Mais cette question, bien qu'actuelle et lourde de conséquences, ne semble pas avoir été complètement intégrée par les professionnels de santé dans leur ensemble(133). Il paraît donc nécessaire que le corps médical mesure l'urgence de la situation. Le sujet pourrait être abordé au niveau de nos institutions et des mesures plus concrètes que de simples guides disponibles en ligne pourraient être prises en partenariat avec les médecins(133). L'intérêt serait alors multiple, une baisse de l'incidence des erreurs médicales et une diminution des dépenses globales de santé pour la société(133). Certaines améliorations apparaissent d'emblée envisageables. Sensibiliser et former davantage les professionnels de santé dans leur ensemble semble être une priorité(132). Donner les moyens aux médecins de passer plus de temps avec leurs patients est une autre piste

d'amélioration. Enfin, fournir une éducation en santé aux usagers dès le milieu scolaire tel que suggéré par l'une des participantes de notre étude est également une idée à prendre en considération. Par ailleurs, pour que les solutions proposées soient les plus adaptées possibles aux populations identifiées comme à risque, il semble nécessaire de faire davantage d'enquêtes pour identifier précisément les déficits de littératie dans notre pays(135).

c. Révélation de l'erreur au patient

La communication se complexifie davantage lorsqu'il existe un événement indésirable associé aux soins. De nombreux éléments pouvant perturber la relation entrent alors en jeu, et il devient très délicat pour le médecin de gérer au mieux la situation.

- Divulgence et explication de l'erreur

Les médecins interrogés dans notre étude mettent un point d'honneur à reconnaître leur responsabilité en cas d'erreur, en expliquant les circonstances de survenue en toute transparence. Selon eux, l'essentiel est à ce moment-là de préserver la relation de confiance et l'intérêt du patient. Cette tendance s'observe également dans d'autres études qualitatives réalisées auprès de médecins généralistes(62)(140). Pour améliorer la sécurité des patients, la divulgation des événements indésirables associés aux soins entraînant un dommage pour le patient est d'ailleurs une obligation médico-légale qui doit se faire dans un délai de 15 jours(131)(141). Or en pratique, cela n'est pas toujours si évident. Dans une enquête réalisée auprès de 175 médecins généralistes en 2016, les événements indésirables associés aux soins sans conséquences étaient déclarés dans 97,1% des cas, contre 72% en cas d'événements indésirables graves(62). Dans cette enquête, lorsqu'il s'agissait d'événements indésirables graves, le choix du dévoilement visait à ne pas altérer la confiance alors que le choix du non-dévoilement était lié à l'évitement de la plainte.

Révéler une erreur dont on serait responsable au patient n'est pas chose facile, en raison de nombreux freins sociétaux, institutionnels et personnels(20). Le niveau de gravité de l'erreur peut également jouer sur le niveau de difficulté de l'annonce(25). Mais le médecin doit avoir conscience que si le fait d'informer son patient peut éviter ou atténuer un développement péjoratif, la sécurité de ce dernier doit primer par rapport aux éventuels inconvénients liés à l'annonce de l'erreur(25). Pour franchir ce cap, il est toutefois nécessaire de s'avouer l'erreur à

soi-même et dans certains cas d'en parler aux confrères, afin d'être préparé à l'annonce(20). Par ailleurs, lorsque la relation de confiance préexistante est bonne, l'annonce d'une erreur serait moins difficile(131).

L'annonce d'un événement indésirable est à programmer, si possible lors d'un rendez-vous spécialement dédié(131). Il est nécessaire que le médecin fasse preuve d'une totale transparence en donnant une information la plus exhaustive possible et en expliquant les raisons de l'incident(131). En cas de responsabilité du médecin, la contrition est bienvenue, en faisant preuve de sincérité et d'empathie(20)(131). Vient ensuite le temps de l'écoute, de ce que le patient a à dire. Le professionnel pourra s'attendre à recevoir d'éventuels reproches, tout en s'efforçant de préserver le dialogue et de rester dans le registre médical(25)(131). C'est alors que naturellement, s'impose la nécessité de proposer au patient une aide adaptée (médicale, psychologique, sociale, spirituelle), tout en proposant des rendez-vous de suivi(25)(131).

➤ Intérêt de la divulgation pour le patient :

Au-delà de l'intérêt direct en termes de sécurité médicale, il existe d'autres avantages à révéler une erreur au patient lorsqu'elle survient. Contrairement à ce que pourraient penser certains médecins, la divulgation des événements indésirables peut être bien perçue par les patients et leurs proches si elle est bien réalisée(131)(142). Elle est par ailleurs un élément formateur intéressant pour le patient qui peut ainsi, s'il bénéficie d'explications adaptées, apprendre à s'associer au clinicien pour éviter de nouvelles erreurs à l'avenir(142).

➤ Intérêt de la divulgation pour le médecin :

Nous avons pu voir qu'en cas d'erreur, l'une des premières répercussions psychologiques chez le praticien était la culpabilité. Pour cette raison, la divulgation de l'erreur au patient procurerait un apaisement psychologique, du fait d'un sentiment de soulagement à travers le rétablissement du dialogue et le maintien de la relation de confiance. Ce constat est tout autant celui des médecins interrogés, que celui retrouvé dans la littérature(131). Mais au-delà de l'aspect relationnel, à travers le versant de la pédagogie de l'erreur, la divulgation est un élément formateur intéressant pour le médecin qui s'expose ainsi au regard et à la critique de l'autre.

➤ Intérêt de la divulgation pour le système de santé :

La pédagogie de l'erreur n'est pas réservée au seul médecin, mais concerne véritablement la société tout entière, incluant le système de soins, et l'ensemble des usagers(142). Dans le rapport de confiance existant entre professionnels de santé et patients, développer une culture d'identification et de signalement des erreurs médicales peut contribuer à améliorer ce système de soins(77). Il ne s'agit plus du simple rapport de confiance entre le médecin et son patient, mais plutôt de la relation de confiance entre le corps médical tout entier et l'ensemble des usagers. La révélation de l'erreur s'inscrit dans la démarche d'amélioration des pratiques et de la sécurité des soins(20). En révélant l'erreur on ouvre la porte à l'autocritique et on améliore la qualité des pratiques et la sécurité des patients avec une diminution du risque d'erreur, tandis qu'en la dissimulant, on se prive de la possibilité de réflexion existant autour de sa divulgation(140).

▪ Formation et outils d'aide à l'annonce

La formation est un levier d'amélioration des pratiques important lorsqu'il s'agit d'annonce des événements indésirables. Elle repose par-dessus tout sur la nécessité de sensibiliser les médecins à une culture d'identification et d'analyse des erreurs, entre professionnels de santé, et sans crainte du jugement par ses pairs(20). Nous évoquions ce sujet précédemment, en citant les RMM comme un outil d'avenir à promouvoir en médecine générale. Changer de culture n'est pour autant pas suffisant si les médecins ne sont pas formés à l'annonce des erreurs auprès de leurs patients ou de leurs proches. Cette formation est une nécessité et doit être proposée en FMI et FMC(20)(131)(140). Or à ce jour, de nombreux progrès restent à faire dans ce domaine ; les médecins interrogés dans notre enquête regrettant souvent de ne pas être préparés et armés pour gérer au mieux la relation avec le patient en cas d'erreur. L'une des participantes souhaiterait que cet apprentissage puisse se faire par des jeux de rôle lors de mises en situations.

Sur certains sites internet, dont celui de la Haute Autorité de Santé, plusieurs outils validés à utiliser par les professionnels de santé sont disponibles pour se former à l'annonce de l'erreur(20)(129)(131)(143). L'un de ces outils est une vidéo illustrant un exemple de situation pratique d'annonce joué par des acteurs(143). Ces outils permettent de répondre aux attentes et aux besoins légitimes des patients, tout en rassurant et accompagnant le médecin dans sa

démarche. Les moyens existent donc, ils sont connus, validés et disponibles. Mais à en croire les médecins de notre enquête, force est de constater qu'ils ne sont pas suffisamment utilisés.

- Révélation de l'erreur et sanctions

Le risque de sanctions, ordinales ou judiciaires, est redouté par les médecins interrogés. Néanmoins, en cas d'erreur, ces derniers semblent davantage craindre les complications médicales chez leurs patients. Le souci pour leur propre personne existe, mais est relegué au second plan. Certains tempèrent tout de même, évoquant la capacité d'indulgence du patient qui, voyant la sincérité et l'implication de son médecin, peut comprendre le caractère non-intentionnel de la situation et ainsi pardonner. La qualité de la relation en amont entre médecin et patient est également citée comme un élément pouvant contribuer à l'absence de plainte en cas d'erreur. Cette approche, honnête et bienveillante vis-à-vis du patient, n'est pas si évidente. Dans l'enquête réalisée auprès de 175 médecins généralistes et citée précédemment, la peur de la plainte est la raison principale de la non-divulgation des événements indésirables graves(62).

Il n'existe aucune étude concrète sur l'impact en termes de poursuites de la révélation des erreurs. Les éléments de la littérature disponibles sur le sujet permettent simplement de dire qu'en cas de divulgation complète d'une erreur, certaines plaintes pourraient être évitées, et s'il devait tout de même y avoir des poursuites, la responsabilité pour faute professionnelle serait moindre(141). Ils ne permettent en revanche pas d'estimer les poursuites supplémentaires qui seraient créées par la divulgation de l'erreur(141). Des études supplémentaires portant sur l'effet de la divulgation sur le risque judiciaire sont nécessaires.

Enfin, la révélation d'une erreur médicale initialement dissimulée est la catastrophe à éviter. Elle ébranle beaucoup plus fortement le patient qui découvre ainsi qu'en dehors du fait de se tromper, le médecin peut également mentir. La confiance est alors plus que ternie, elle est détruite. Aux yeux du public, les répercussions de la dissimulation sont désastreuses(11). Il est primordial d'être clair et transparent envers la société dans son ensemble pour changer les cultures(11). Ainsi, nous pourrions parvenir à renforcer la confiance du public, tout en véhiculant le message selon lequel le risque d'erreur est inhérent en médecine(11)(140).

7. Optimisation des stratégies de prise en charge

La prise en charge d'un patient est un processus complexe faisant intervenir une multitude de variables. Elle commence par l'observation médicale et se poursuit par l'élaboration d'une stratégie de prise en charge complémentaire et thérapeutique. Au cours de ces étapes, l'erreur peut survenir à tout moment. Il convient donc d'optimiser ses pratiques et de multiplier les précautions, afin de resserrer le maillage qui permettra de réduire ce risque au minimum.

a. Démarche clinique : l'observation médicale

L'observation médicale est le socle sur lequel repose la prise en charge tout entière. Son importance est cruciale et les étapes qui la composent sont très souvent citées lors des entretiens réalisés. Elle débute par le recueil de données d'identification du patient, se poursuit par l'examen clinique, lui-même composé de l'interrogatoire et de l'examen physique, pour déboucher sur les orientations diagnostiques, à partir desquelles le médecin va élaborer ses stratégies de prise en charge paraclinique et thérapeutique(144). Pour prévenir l'erreur médicale, l'une des participantes évoque la nécessité d'aborder chaque consultation en la structurant selon une trame de travail lui permettant de ne rien oublier.

Les médecins interrogés évoquent l'intérêt d'une approche systématique lors de l'interrogatoire et l'examen physique. Pour l'un des participants, la clinique serait cependant menacée par le recours de plus en plus facile aux investigations complémentaires. Pour lui, la prévention de l'erreur médicale doit se faire par une réhabilitation de l'examen clinique en le plaçant à nouveau au premier plan. Certains auteurs, déplorant eux aussi un déclin de la clinique, proposent de renforcer son enseignement qui serait selon eux délaissé dans les facultés(145)(146)(147). La part écrasante des épreuves théoriques dans le cursus universitaire, à commencer par l'examen classant national faisant référence dans le parcours de tout étudiant en médecine, ne fait que confirmer ces craintes. L'examen clinique semble être en effet enseigné sommairement, sans faire l'objet d'un véritable contrôle de connaissance digne de ce nom.

L'examen clinique commence par l'interrogatoire. Cette première étape demande de la disponibilité car le médecin doit chercher l'information sans se limiter à ce que le patient lui rapporte(144). L'un des risques de cette première étape est de confondre inconsciemment motif

de consultation et suspicion de diagnostic ; cette confusion peut biaiser les conclusions de l'observation médicale et ainsi être une source potentielle d'erreur(144). L'interrogatoire est selon certaines études la pièce maîtresse de la démarche diagnostique(145)(146). Vient ensuite l'examen physique, dont les contours sont précisés par l'étape précédente. L'un des médecins interrogés évoque le risque de s'attarder sur l'interrogatoire et l'entretien, sans consacrer suffisamment de temps à l'examen physique. Pour lui, l'équilibre doit être trouvé entre les deux. Cette étape ne doit en effet pas être négligée car elle complète véritablement l'interrogatoire et augmente considérablement les chances de parvenir au bon diagnostic(145)(147). Dans une étude réalisée auprès de 442 patients admis en médecine interne via le service d'accueil des urgences, il est mis en évidence que l'examen physique du patient permet de faire passer le taux de diagnostic correct de 19% à 60%(147). Réalisé seul, il est démontré que l'examen physique n'est en revanche que très peu rentable dans la démarche diagnostique(145)(147). Ces deux étapes se complètent, se potentialisent et vont donc de pair.

L'examen clinique étant la base de tout diagnostic, les défaillances survenant au moment de l'observation vont être principalement responsables d'erreurs portant sur le diagnostic(33)(148). Sachant que les erreurs et retards diagnostiques sont parmi les causes d'erreurs les plus fréquentes en médecine générale, optimiser l'observation médicale et l'examen clinique en particulier semble donc être un levier de prévention de l'erreur tout indiqué(149). L'une des propositions faites par les médecins interrogés est d'intégrer dans les logiciels médicaux des fonctionnalités assistant le médecin dans son recueil de données. Cela permettrait notamment d'éliminer de manière systématique certains signes négatifs ou signes de gravité selon les différents motifs de consultation rencontrés. Mais de telles mesures doivent s'accompagner d'une réelle utilisation en pratique de ces fonctionnalités par les médecins. Or selon certains médecins interrogés, le manque de temps imparti à chaque consultation est un réel obstacle à une bonne qualité du recueil et de la transcription des éléments cliniques.

Une fois l'examen clinique terminé, l'observation se conclut par une stratégie de prise en charge portant sur les examens à réaliser, les traitements à prescrire, et le suivi à mettre en place(144). Le recours aux examens complémentaires ne doit pas se faire au détriment de l'examen clinique, mais doit au contraire être dicté par la clinique elle-même(144)(145). Dans certains cas, l'intervention clinique du généraliste peut être complétée par celle d'un confrère généraliste ou d'une autre spécialité avant d'envisager le recours à un examen complémentaire(145). Le choix des examens complémentaires doit donc être réfléchi et systématiquement basé sur

l'examen du patient. Dans l'une des études citées précédemment et réalisée en médecine interne, lorsque la biologie ou la radiologie sont réalisées seules, la rentabilité diagnostique serait très médiocre(147). A titre d'exemple, la radiologie seule n'apporterait un diagnostic correct que dans 6% des cas. A l'inverse, réalisés en complément de l'examen clinique, les examens complémentaires potentialisent grandement les données cliniques en matière d'orientation diagnostique. Selon la même étude, en complément de l'examen clinique, la biologie permettrait de faire passer le taux de diagnostic de 60% à 90%(147).

Ces différents travaux publiés sur le sujet prouvent par-dessus tout que l'interrogatoire et l'examen physique sont les éléments les plus importants de la démarche diagnostique(145)(146)(147). Or ces travaux sont le plus souvent réalisés en médecine interne dans un contexte différent de celui de médecine générale. La médecine générale, étant une spécialité tournée sur la clinique avant tout, devrait également pouvoir faire l'objet de tels travaux.

b. Arbres décisionnels

Pour optimiser sa démarche diagnostique et sa prise en charge, le médecin peut recourir à différents outils parmi lesquels les arbres décisionnels. L'une des participantes aimerait que certains d'entre eux soient intégrés dans les logiciels médicaux, de manière à orienter au mieux la démarche diagnostique selon les recommandations. Elle tempère néanmoins son propos en mentionnant le caractère chronophage que cela pourrait avoir lors du recueil de l'observation.

Les arbres décisionnels sont communément utilisés par les médecins pour optimiser leur pratique en la calquant sur les dernières recommandations. On en trouve de très nombreux types, dans toutes les spécialités, et sur des supports très divers. Mais il est difficile pour le médecin généraliste de s'y retrouver. En effet, de par ses compétences généralistes et sa position dans le parcours de soin, ce dernier doit pouvoir mettre en place une stratégie de prise en charge dans de nombreux champs d'application. Et les recommandations évoluent très vite dans chaque spécialité. Cette difficulté de calquer sa pratique sur des recommandations très fluctuantes est d'ailleurs mise en avant lors des entretiens.

Lorsque ces arbres décisionnels sont connus et/ou consultés, un autre problème peut toutefois exister. Il s'agit de la difficulté pratique de mettre en application la recommandation. Le

manque de disponibilité des médecins spécialistes et de lits hospitaliers sont pour certains participants des obstacles au respect des recommandations de bonnes pratiques existantes.

Parmi les erreurs d'origine humaine en milieu hospitalier, la mauvaise application de protocoles connus serait à l'origine de l'erreur dans 7 cas sur 10(5). Bien que la pratique en médecine générale ambulatoire diffère de celle rencontrée à l'hôpital, il semble logique que la bonne application d'arbres décisionnels et protocoles validés permette d'améliorer la pratique et de réduire le risque d'erreur. Les questions qui se posent sont alors nombreuses. Est-ce que les arbres décisionnels sont suffisamment utilisés par les médecins généralistes dans leur pratique ? Est-ce qu'ils sont facilement accessibles et régulièrement mis à jour ? Quelles sont les entraves à leur utilisation rencontrées par les médecins généralistes ?

Pour optimiser le recours aux arbres décisionnels chez les médecins généralistes, différents moyens sont possibles. L'un d'entre eux serait de tous les rassembler sur un seul et même support, tout en assurant une mise à jour régulière des recommandations. Dans cet esprit, l'Encyclopédie Médicale pour Généralistes et Carabins MedG met à disposition à l'attention des étudiants de médecine et des médecins généralistes un grand nombre d'arbres décisionnels(150). Néanmoins, la mise à jour des données de ce site étant collaborative, il n'existe aucune garantie sur la fiabilité des arbres mis à disposition.

c. « Stratégies de récupération »¹⁴

Le diagnostic est sans doute l'étape la plus difficile d'une prise en charge médicale. Même s'il convient de rappeler qu'il est souvent bien réalisé, il semblerait néanmoins que les erreurs diagnostiques soient parmi les plus fréquentes en médecine générale(151). Parmi les causes de ces erreurs, il a été démontré que l'excès de confiance du médecin et l'arrêt prématuré du processus de diagnostic ont une place importante(5)(151). Le manque d'humilité et l'illusion d'omniscience de certains médecins sont cités par les participants de notre étude comme un facteur de risque d'erreur.

Dans les suites d'une consultation, l'évolution n'est pas toujours favorable. La pathologie peut s'aggraver, le diagnostic fait initialement peut s'avérer être inexact et le traitement prescrit peut

¹⁴ Expression utilisée et reprise telle quel par l'un des médecins interrogés (Entretien 14)

quant à lui être inefficace ou inadapté. Il existe donc un haut degré d'incertitude en médecine générale pouvant être d'ordre clinique, scientifique, épidémiologique, ou thérapeutique(152). Le médecin est donc par la force des choses confronté à la gestion de cette incertitude(152). Lors des entretiens réalisés, cette notion d'incertitude est d'ailleurs très redondante, à la fois comme facteur de risque d'erreur si elle est niée, mais aussi et paradoxalement comme moyen de prévention si à l'inverse elle est reconnue et assumée. L'un des participants interrogés qualifie même le médecin généraliste d'expert des situations d'incertitude. Pour les participants, le clinicien doit avoir conscience du risque de se tromper, afin de pouvoir garder un certain degré de vigilance en toute circonstance et la capacité de se remettre en question.

S'il existe un grand nombre de preuves sur les causes d'erreurs diagnostiques, il en existe en revanche beaucoup moins sur la façon de les prévenir(151). Mais l'un des leviers à utiliser pour réduire sensiblement les erreurs médicales et leurs complications consiste à prévoir les prises en charges médicales d'urgence en cas d'évolution défavorables(5). L'incertitude, évoquée précédemment, est alors le moteur de cette démarche visant à multiplier les procédures de contrôles. L'un des participants évoque la notion de « stratégie de récupération », qui pour lui doit faire partie de la stratégie globale de prise en charge du patient. Cette stratégie de secours a pour finalité de prévenir l'erreur, ou d'en minimiser les conséquences, en cas d'évolution anormale par rapport à la trajectoire de santé prévue initialement. Pour y parvenir, de nombreux moyens sont cités par les médecins interrogés, tels que le rappel des patients, les consignes laissées à ces derniers, la disponibilité du médecin, et les rendez-vous de suivi.

Cette « stratégie de récupération » débute lors de la première consultation par l'évocation des diagnostics différentiels possibles et envisageables(151). A cette approche individuelle, s'ajoute une approche systémique, qui évalue les décisions prises sur la totalité d'une prise en charge et non sur une seule consultation. Cette approche est moins stressante pour le médecin car elle induit un élargissement de la marge de manœuvre en cas d'évolution défavorable. Elle se base sur la faillibilité de l'individu et donc sur le caractère inévitable de l'erreur(149). Elle est plus intéressante et productive en matière de prévention de l'erreur qu'une approche individuelle(149). Selon cette approche systémique, il existe des barrières de défense sensées bloquer les erreurs. Selon le Swiss cheese model proposé par J. Reason, pour qu'un événement indésirable survienne il faut que les conséquences d'une éventuelle erreur traversent ces barrières devenues perméables par l'alignement des failles(149). L'important est alors de

trouver pourquoi les défenses ont cédé. En révélant les failles du système, cette approche systémique permet d'améliorer et de renforcer les défenses.

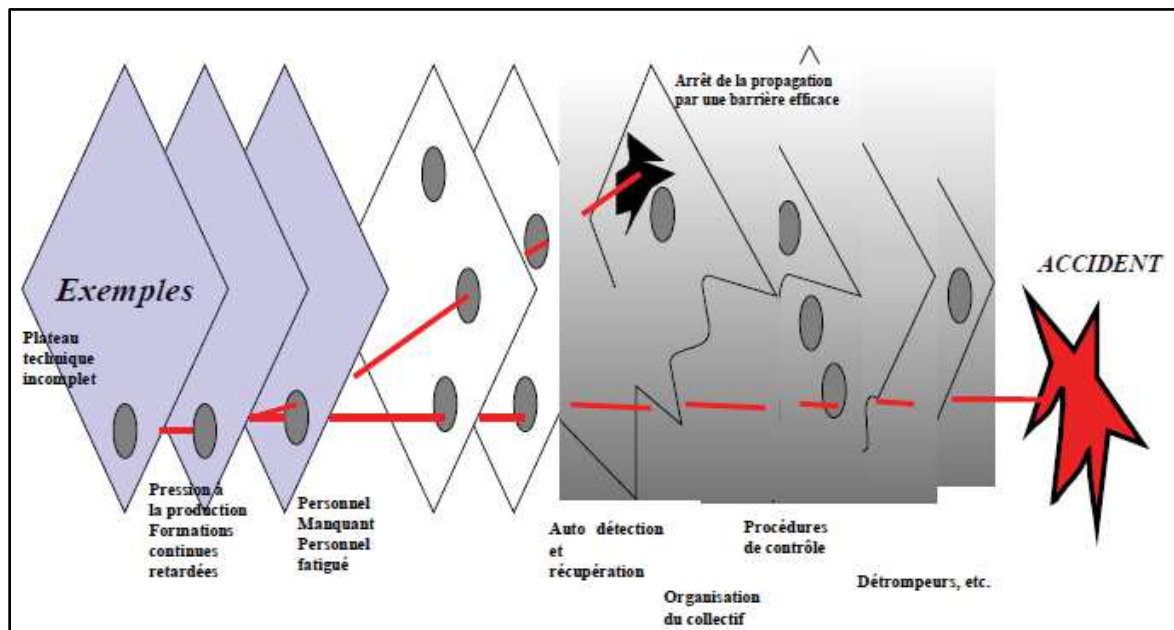


Figure 4 : Modèle de dynamique « en gruyère suisse » de survenue d'un accident selon J. Reason, traduit par R. Amalberti Schéma du guide HAS (2009) "Revue de mortalité et de morbidité (RMM)"(153)

Pour réaliser cela, il est important de s'accorder un délai de diagnostic, même quand la situation semble simple, ceci afin de prendre du recul et d'envisager d'autres possibilités(151). Chaque médecin peut ainsi s'adapter aux conditions d'exercice dans lesquelles il évolue. L'un des participants cite par exemple la possibilité de faire revenir certains patients à 48 heures lorsqu'il n'est pas sûr de lui, d'autres n'hésitent pas à demander des avis à leurs confrères associés entre deux consultations, et certains évoquent la possibilité d'adresser les patients à des confrères spécialistes. Les stratégies choisies sont donc très variables selon le mode d'exercice, le contexte, le niveau de compréhension du patient, la disponibilité des médecins spécialistes, ou même l'heure de la journée. Chaque situation a son lot de difficultés face auxquelles le médecin doit pouvoir s'adapter pour mettre en place les contrôles nécessaires.

Parmi les moyens à disposition du médecin pour optimiser cette « stratégie de récupération », l'implication du patient en tant que partenaire dans le processus de diagnostic s'avère très prometteuse(151). Lors des entretiens, quelques participants évoquent la nécessité que le patient comprenne cette stratégie. Il faut donc lui expliquer que la trajectoire de santé peut ne pas être celle souhaitée, et qu'il faudra alors réadapter la prise en charge. Pour que cette implication du patient puisse se faire, il faut que la relation en amont soit bonne, que la communication entre

le médecin et son patient soit optimale, que le patient adhère à la prise en charge, et enfin qu'il sache quand et comment contacter son médecin en cas d'évolution anormale. Une autre façon d'assurer cette « stratégie de récupération » est le recours aux confrères généralistes et/ou spécialistes pour soumettre le patient à un second avis. Cette façon de faire permet de rattraper certaines erreurs(151).

L'un des obstacles à cette « stratégie de récupération », notamment si elle implique une participation active du patient, est la volonté de certains médecins de montrer une certaine assurance dans leurs décisions(151). Ces derniers pensent que le patient peut perdre confiance en un médecin hésitant. Or, d'après les médecins interrogés dans notre travail et certains auteurs s'étant penché sur la question, les patients comprendraient et seraient à l'inverse plutôt rassurés par un médecin précautionneux(151). Pour remédier à cette difficulté, le médecin peut tout de même prévoir une « stratégie de récupération » sans pour autant y impliquer directement le patient. Mais une telle approche ne serait pas bénéfique car elle se priverait de tout ce que peut apporter le malade en termes d'information et d'initiatives(151).

La formation des médecins doit donc aborder ces stratégies. Il est essentiel d'aborder la gestion de l'incertitude tôt dans le cursus médical afin de contrecarrer l'image parfois sûre d'elle de la médecine hospitalo-universitaire plus rationnelle, souvent spécialisée, et très présente dans les Facultés de médecine(154). La communication avec le patient est un autre axe de formation utile dans cette démarche, de sorte à transmettre de l'assurance au patient et à lui inspirer confiance, tout en assumant l'incertitude inhérente à la pratique de la médecine générale. Concernant la formation continue, les groupes de pairs et les RMM semblent être des entités privilégiées pour mettre en place ou partager d'éventuelles « stratégies de récupération ».

d. Gestion du temps

Pour mener à bien l'observation médicale, l'élaboration des stratégies de prise en charge et enfin le suivi du patient, le temps semble être l'ingrédient essentiel. Le temps est en effet mis à contribution par les médecins interrogés pour examiner, vérifier, chercher, ou expliquer. Or, ce temps, si précieux dans le métier, est bien souvent insuffisant. Nous pouvons citer l'exemple de l'une des participantes qui se réjouit du grand nombre de bases de données et supports sur lesquels s'appuyer pour parfaire sa pratique, mais qui regrette néanmoins ne pas avoir le temps de les consulter plus souvent. Ce manque de temps est vu comme un facteur de risque de

survenue d'erreur médicale. Pour la plupart, il serait principalement dû à la surcharge de travail, notamment d'ordre administratif. Dans une enquête réalisée par Doctolib¹⁵ auprès de 2480 médecins généralistes, le temps de consultation ne représenterait qu'environ 60% du temps de travail total(155). Mais la surcharge de travail ne serait pas la seule cause selon l'une des participantes qui dénonce la prise en considération de critères quantitatifs et de rentabilité financière, au détriment d'une approche qualitative plus chronophage.

Pour l'un des participants, le temps passé sur des consultations longues et compliquées doit être rattrapé sur des consultations plus simples. Mais cette approche reste aléatoire et potentiellement stressante pour le médecin. D'autres solutions existent, et comme pour la précédente, elles ne sont pas toujours simples à mettre en place. La pratique de la médecine générale en particulier comporte de nombreux imprévus pour le praticien, avec pour répercussion des perturbations importantes sur l'organisation de l'emploi du temps et du temps de travail(156). Parmi les moyens évoqués, la possibilité d'étaler une prise en charge sur plusieurs consultations semble être une bonne solution. Le temps n'est alors plus seulement une contrainte avec laquelle il convient de composer, mais il devient également un outil diagnostique parfaitement adapté à la médecine générale(149). Ainsi, l'erreur ne se juge plus sur une seule consultation, mais plutôt sur la totalité d'une prise en charge. Cette approche apporte clairement un gage de sécurité pour le médecin et le patient, mais elle comporte l'inconvénient de nécessiter plusieurs consultations, ce qui peut être difficile à mettre en place pendant les pics d'activité lors desquels les délais de rendez-vous s'allongent et les créneaux réservés aux urgences sont déjà pleins plusieurs jours à l'avance(156). Dans ces cas-là, l'activité en cabinet de groupe peut s'avérer utile. Ce mode d'exercice permet d'optimiser la gestion du temps sur plusieurs aspects d'après les médecins interrogés. Lorsqu'il existe une mutualisation des logiciels médicaux et une collaboration active entre les médecins, la possibilité d'assurer un suivi optimal d'un praticien à l'autre pendant les congés, absences, ou même en période de permanence de soins, permet d'améliorer la prise en charge et facilite la mise en place des « stratégies de récupération » en cas d'erreur. Par ailleurs, l'exercice au sein d'un cabinet de groupe, permet souvent de bénéficier d'un service de secrétariat plus étoffé, réduisant ainsi la charge de travail administratif(156).

¹⁵ Plateforme de prise de rendez-vous médicaux en ligne

Au vu des entretiens réalisés, la gestion du temps est sans aucun doute l'une des problématiques majeures de la profession. Pour de nombreuses raisons, le manque de temps pourrait être l'une des plus importantes causes indirectes d'erreur en médecine générale. L'impact de la gestion du temps sur le risque d'erreur en médecine ambulatoire doit être explorée davantage, afin d'identifier clairement les pratiques à risque et les éventuelles solutions à mettre en place. Parmi les solutions suggérées lors des entretiens, la valorisation financière des consultations longues et/ou compliquées est citée. De telles mesures existent pourtant déjà, mais force est de constater que ce ne serait pas encore suffisant et que de nombreux actes jugés très chronophages ne sont toujours pas pris en considération comme tels par la nomenclature de la sécurité sociale, et a priori en opposition avec le principe de la tarification à l'acte.

8. Participation des patients à la démarche de soins

Mettre en place les stratégies évoquées précédemment implique forcément une participation active des patients. Cette participation va d'ailleurs dans le sens de l'évolution du modèle de la relation de soin. Les patients peuvent jouer un rôle majeur de leur propre sécurité.

a. Sensibilisation du public

Pour les médecins interrogés, la prévention de l'erreur médicale doit passer par une sensibilisation du public portant sur la complexité du travail des médecins et sur la nécessité de changement de culture vis-à-vis de l'erreur. Au-delà d'une simple sensibilisation, l'objectif pourrait être une véritable responsabilisation de l'ensemble des usagers du système de santé.

- Sensibiliser les patients aux difficultés rencontrées par les médecins

L'indifférence de certains patients, pouvant se montrer exigeants et revendicatifs, face à la complexité inhérente du travail des médecins généralistes est citée lors des entretiens réalisés. Pour les médecins interrogés, la pression subie conduit bien souvent les généralistes à céder à certaines demandes formulées par les patients, aggravant davantage le risque d'épuisement professionnel. Et comme nous avons pu le voir précédemment, en majorant le risque d'erreur, l'épuisement professionnel ne sert au final ni le médecin, ni le patient. Cette exigence accrue de ce qui est sans doute perçu par certains patients comme un droit à la santé peut se comprendre, mais certaines demandes ne sont pas toujours compatibles aux recommandations

de bonne pratique. A cela, s'ajoute une charge de travail majorée par l'explosion de la demande de soins et la baisse régulière de l'offre liée au déclin du nombre de médecins. Sensibiliser les patients à ces difficultés, devrait pouvoir s'envisager de manière à les impliquer davantage dans leur démarche de soins.

- Rompre avec l'illusion d'une omniscience de la médecine

Sensibiliser le public au caractère faillible de la médecine est l'autre grand point évoqué par les médecins interrogés. Pour ces derniers, les patients seraient réceptifs à ce message, et il pourrait être contreproductif, voire malhonnête, d'entretenir l'illusion d'une médecine ne pouvant pas se tromper. L'idée est donc d'informer sur l'incertitude inhérente à la démarche médicale, afin de faire accepter aux patients le caractère potentiel de l'erreur. Ainsi, le regard porté sur l'erreur médicale de la société tout entière pourrait enfin changer de sorte à tirer un maximum d'enseignements en matière de pédagogie de l'erreur.

En pratique, cette sensibilisation peut se faire pendant les consultations lorsque le médecin assume le doute et l'incertitude dans ses décisions. Mais comme nous l'évoquions précédemment, bien que mise en avant lors des entretiens, cette approche humble et honnête n'est en pratique pas toujours celle choisie. La nécessité de changement de culture vis-à-vis de l'erreur doit donc préalablement se faire au sein du corps médical tout entier, en abordant l'erreur de manière éducative et non punitive, mais aussi et surtout en faisant preuve de clarté et de transparence auprès du public(11). Par ailleurs, pour diffuser plus massivement l'image d'une médecine moins triomphante et moins sûre d'elle, des campagnes de sensibilisation à grande échelle pourraient s'avérer utiles, auprès des patients comme des soignants eux-mêmes.

- Impliquer davantage les patients dans leur propre sécurité

Une fois le patient sensibilisé aux difficultés rencontrées par les médecins et à l'existence du risque d'erreur, il est alors plus habilité à comprendre les limites du contexte sanitaire qu'est le sien et peut ainsi participer à sa prise en charge en facilitant dans la mesure du possible la tâche du médecin. Les exemples évoqués lors des entretiens sont nombreux et nous pouvons citer le fait de faire gagner du temps à son médecin en préparant la consultation, de lui répondre de manière transparente et complète aux questions posées, ou encore de ne pas recourir à l'automédication, grande pourvoyeuse d'accidents médicaux(11)(33). L'objectif est alors que

cette participation puisse se faire main dans la main avec le médecin, plutôt qu'au sein d'une relation où patients et professionnels de santé ne sauraient voir que par leurs propres spectres. Il semble de ce fait logique d'impliquer le patient dans sa propre prise en charge, pour maintenir un niveau de confiance propice à la sécurité de ce dernier.

b. Éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique offre tout son potentiel pour cette thématique. Ce concept est apparu en France dans les années 1980 et s'est développé sous l'impulsion de la Haute Autorité de Santé dès 2007(129). A travers un parcours de formation individuelle et collective, l'objectif de l'éducation thérapeutique est d'augmenter les compétences des patients de manière à les rendre plus autonomes, à améliorer leur qualité de vie, et donc à faciliter leur participation active dans les choix thérapeutiques et leur adhésion aux traitements prescrits(129)(157). Une seule participante a véritablement évoqué ce point, insistant sur son importance lors de la consultation pour certaines pathologies chroniques. Elle a alors pris pour exemple les patients souffrant d'asthme, pour lesquels une bonne éducation thérapeutique permettrait de sauver des vies grâce à l'optimisation par le patient des protocoles thérapeutiques d'urgence.

Si le lien direct de cause à effet entre éducation thérapeutique et prévention de l'erreur médicale reste à prouver, il semble indéniable qu'améliorer les compétences et l'implication des patients puisse contribuer de près ou de loin à une réduction des erreurs. Par ailleurs, dans le cas où une éventuelle erreur devait survenir, l'implication du patient est primordiale dans la détection de l'erreur et donc dans la limitation des événements indésirables associés(158). Cette implication n'est pour autant pas possible si le patient n'est pas suffisamment sensibilisé, formé et éduqué sur sa pathologie. L'éducation thérapeutique devient donc par ce biais un allié de poids dans les stratégies de « récupération » évoquées précédemment.

Le modèle d'éducation thérapeutique dominant en France est incontestablement celui de l'hôpital, avec des séances qui s'organisent de manière collective par des professionnels formés et issus d'équipes multidisciplinaires(159). Mais peu à peu, à travers l'essor des réseaux de santé, ce champ d'activité s'est progressivement développé en partenariat avec la médecine ambulatoire, notamment sur la thématique du diabète(159). Pour cette raison, les médecins généralistes doivent être sensibilisés à cette question, de sorte à envisager cette démarche avec leurs patients concernés, ou au minimum de les orienter vers les réseaux et structures

spécialisées dans le domaine. Cependant, certains obstacles ont été avancés pour expliquer le recours minimisé à cette pratique. Ces obstacles sont principalement le manque de temps, le manque de formation, et la répartition inhomogène des réseaux de santé sur le territoire(159).

Ainsi, des financements existent pour promouvoir le développement de l'éducation thérapeutique autour de certaines pathologies chroniques telles que le diabète, l'asthme, l'insuffisance cardiaque, etc. Mais si cette pratique est valorisée lorsqu'il s'agit d'éducation de groupe, notamment au sein des réseaux de santé ou en milieu hospitalier, elle ne l'est en revanche pas forcément dans le cadre des consultations médicales individuelles(159). Cette pratique doit pouvoir bénéficier d'un financement à la hauteur du temps passé avec le patient lorsqu'elle est réalisée de manière individuelle en médecine générale.

9. Collaboration entre professionnels de santé

Lors des entretiens réalisés, l'isolement professionnel a souvent été présenté comme un facteur de risque d'erreur médicale. Cet isolement, fréquemment associé à des problèmes de communication entre professionnels de santé, a notamment pour conséquence une augmentation d'erreurs évitables de nature systémique. Pour remédier à cela, optimiser la collaboration entre professionnels de santé est l'un des leviers les plus fréquemment mis en avant par les médecins interrogés.

a. Collaboration entre professionnels de santé libéraux

Qu'il s'agisse d'exercer en association ou en maison de santé, de solliciter des confrères pour des avis ou des examens complémentaires, les médecins de notre enquête semblent tous vouloir travailler en partenariat des autres professionnels de santé libéraux. La notion de « réseau » revient souvent, contribuant grandement à rassurer le médecin généraliste qui en bénéficie.

▪ Collaboration entre médecins généralistes

Les médecins généralistes se distinguent par une très grande hétérogénéité dans leurs modes d'exercice, leurs conditions de travail, leurs spécificités professionnelles. Dans ce contexte, propice à l'individualisme, le consensus et l'échange entre pairs ne seraient pas la norme(160). Même si la plupart des médecins interrogés dans notre enquête exercent en association,

beaucoup d'entre eux parlent d'isolement et regrettent un manque d'échanges et de collégialité entre confrères dans leurs cabinets respectifs. Pour ceux en revanche exerçant dans des cabinets de groupe au sein desquels de réels efforts sont faits pour travailler ensemble, l'importance d'une collaboration entre collègues dans la stratégie de prévention de l'erreur médicale est mise en avant.

➤ Formation entre pairs

Parmi les risques d'un isolement professionnel, l'absence de remise en question de sa pratique est citée. L'échange entre pairs permet l'autocritique, et assure par ce biais une base essentielle en matière de formation continue. Dans l'ouvrage « La sécurité du patient en médecine générale », les auteurs proposent dix recommandations pour prévenir l'erreur médicale parmi lesquelles la notion de travail collaboratif entre pairs est l'un des piliers(72). On y retrouve la nécessité de partager l'expérience des erreurs à travers l'évaluation des pratiques professionnelles et la mise en place de Revues de Mortalité et de Morbidité(72)(81). Dans le même esprit, un article de la Revue Médicale Suisse sur la façon d'aborder l'erreur en médecine ambulatoire préconise la mise en place de « colloques de situations critiques » dans les cabinets de groupe ou les cercles de qualité, permettant ainsi d'identifier les erreurs, de les analyser et d'en tirer des enseignements(149).

➤ Mutualisation des moyens

Les moyens dont il est question sont nombreux. Il peut s'agir de matériel médical ou informatique, de moyens humains (secrétariat), des locaux du cabinet médical, d'une maison médicale de garde ou de locaux annexes réservés à la FMC. A travers cette mutualisation, la collaboration entre pairs permet d'offrir aux patients un meilleur suivi (par exemple la mise en place de « stratégies de récupération »¹⁶ en cas de PDS (permanence des soins) ou de congés) et de meilleures prestations (par l'optimisation des équipements), et ce tout en améliorant les conditions de travail du médecin (possibilités d'optimiser les plannings et de réduire les frais de fonctionnement du cabinet). En impactant sur ces différents paramètres, nous pouvons penser que cette mutualisation de moyens peut contribuer à réduire le risque d'erreur médicale.

¹⁶ Voir page

Et c'est fort logiquement en promouvant l'exercice en association que l'on pourra en tirer les bienfaits.

➤ Entraide et collégialité

Au-delà de la FMC et de la mutualisation de moyens, la notion d'entraide ressort fréquemment des entretiens réalisés. Cette entraide s'opère à de multiples niveaux, et existe une nouvelle fois préférentiellement au sein des cabinets de groupe. L'exemple le plus souvent cité est la collégialité face à des situations cliniques ou relationnelles complexes. Par ailleurs, la possibilité d'avoir des personnes auprès de qui se confier en cas d'erreur ou de surmenage est également mise en avant.

Cependant, au même titre que pour la formation, cette entraide entre pairs ne serait pas automatique dans les cabinets de groupe ; plusieurs médecins parmi ceux interrogés et exerçant en association regrettent en effet l'isolement ressenti dans des situations compliquées professionnellement ou dans les suites d'une erreur. Des changements à ce niveau ne pourront avoir lieu que lorsque les mentalités changeront et que les médecins généralistes s'inscriront véritablement dans une démarche de travail en équipe. Pour l'heure, même si nous constatons des évolutions dans les pratiques, la profession semble encore dominée par une culture individualiste.

▪ Collaboration avec les médecins d'autres spécialités

Selon une enquête réalisée auprès de 200 patients dans le cadre d'une thèse sur la perception des patients de l'erreur médicale en médecine générale, le manque de communication entre professionnels de santé serait l'une des causes majeures d'erreur(158). Les difficultés de communication avec les autres professionnels de santé, et a fortiori avec les médecins spécialistes, sont également citées comme potentiel facteur de risque d'erreur par certains médecins interrogés dans notre étude.

L'une des compétences génériques définies des médecins généralistes est la coordination des soins(161). Une bonne collaboration avec les médecins spécialistes d'organe est donc très logiquement citée comme moyen de réduire efficacement le risque d'erreur médicale. Pour la réalisation d'un examen complémentaire, pour une consultation spécialisée ou pour un simple

avis téléphonique, le recours aux confrères d'autres spécialités est fondamental pour une prise en charge optimale.

La difficulté pour faire des examens complémentaires et pour avoir des consultations spécialisées dans des délais raisonnables ou à certains créneaux de PDS constituent pour les médecins interrogés dans notre enquête des facteurs de risque d'erreur médicale. Beaucoup mettent en avant la nécessité de se constituer des carnets d'adresse de confrères d'autres spécialités avec lesquels ils pourraient échanger régulièrement. Mais en pratique, ce n'est souvent qu'avec les cardiologues que des « réseaux » se tissent. Ces « réseaux » permettent d'échanger des avis, de négocier des consultations dans des délais rapides lorsque cela est nécessaire, voire même dans certains cas de s'inscrire dans une démarche commune de FMC. Pour remédier à ces difficultés, nous constatons l'essor de multiples plateformes en ligne mettant en contact les différents acteurs de santé. L'une d'entre elles est la plateforme « Entr'Actes » dont la finalité est la coordination des soins primaires(162). Elle permet aux médecins généralistes d'optimiser le critère temps dans ses échanges avec ses autres confrères et avec l'ensemble des professionnels de santé. Ces outils numériques se développent peu à peu, mais il est sans doute encore tôt pour pouvoir juger de leurs bienfaits.

La communication entre généralistes et spécialistes d'organe souffre aussi des retours après consultations. Les courriers arriveraient souvent tardivement, certains se plaignant même de n'avoir aucun retour dans certains cas. Ces défaillances de communication peuvent être très préjudiciables et entraîner des erreurs médicales évitables(161). Mais pour que la relation soit optimale, des efforts sont à réaliser dans les deux sens. Ainsi, il est souhaitable que le médecin généraliste n'« impose » pas certains actes à ses correspondants, tout en étant complet sur les informations qu'il leur transmet, et que les médecins spécialistes d'organe n'imposent pas non plus leur conduite à tenir sans aucune réserve(160). La relation doit à l'inverse reposer sur un échange collégial où chacun fait part de son point de vue pour qu'au final la meilleure décision soit prise dans l'intérêt du patient. Sur son site internet, la Haute Autorité de Santé propose un guide visant à faciliter la communication entre professionnels de santé. Il s'agit de l'outil SAED (Situation antécédent évaluation demande) qui est une adaptation française de l'outil anglo-saxon SBAR (Situation Background Assessment Recommendation)(163). La finalité de cet outil est la prévention des événements indésirables pouvant résulter d'erreurs de compréhension lors d'une communication entre professionnels de santé mais également de faciliter la mise en œuvre d'une communication documentée claire et concise en évitant les oublis.

- Collaboration avec les autres soignants

La coopération entre médecins généralistes et les autres soignants n'est pas nouvelle. Néanmoins, de nombreux facteurs tels que le vieillissement de la population, l'émergence de pathologies chroniques au long cours, ou même le manque de médecins, nous forcent à repenser sans cesse nos modèles de coopérations entre professionnels de santé. Pour la plus-value qu'elle offre en matière de sécurité du patient mais également d'amélioration des conditions de travail du médecin, cette collaboration est vivement recherchée par les médecins généralistes, notamment les plus jeunes d'entre eux(160).

Parmi les autres soignants, le corps infirmier est le seul à avoir été cité lors des entretiens. Dans la stratégie de prévention de l'erreur, coopérer avec des infirmiers est essentiel lorsqu'il est question de patients souffrant de pathologies nécessitant une éducation thérapeutique et des soins au long cours. Face à ce besoin d'une prise en charge coordonnée, se développent peu à peu des réseaux de santé spécialisés dans une multitude de pathologies et permettant à des professionnels de santé libéraux de pouvoir bénéficier d'une dynamique de coordination facilitant les mises en lien et le partage des tâches(159).

L'amélioration de la coopération entre professionnels de santé est l'un des objectifs majeurs de la stratégie politique « Ma santé 2022 »(164). L'un des leviers envisagés est la possibilité pour les médecins de déléguer à des professionnels paramédicaux des activités jusqu'alors exercées uniquement par des médecins. L'objectif est alors double : permettre aux médecins de se centrer là où leur plus-value est la plus grande, et offrir aux professionnels paramédicaux des possibilités en termes d'attractivité et d'évolution de leurs métiers. Des protocoles sont proposés et validés par les autorités de santé compétentes pour permettre la mise en œuvre de ces mesures sur le terrain.

- Collaboration avec les pharmaciens

Acteur incontournable lorsqu'il est question des prises en charge médicamenteuses, le pharmacien est de fait un partenaire de choix dans la prévention des erreurs de médication. Nombreux sont d'ailleurs ceux à avoir souligné son rôle de « garde-fou » en cas d'erreur sur les ordonnances. Pour cette raison, certains préconisent de tisser des bons liens avec les pharmaciens, afin que ces derniers n'hésitent pas à les rappeler en cas de doute sur une

prescription. Dans une étude réalisée auprès de pharmaciens de la ville de Bordeaux en 2015, cette collaboration pourrait et devrait même aller plus loin(165). D'après les résultats de cette enquête, même si une collaboration existe, elle reste sous exploitée et ne bénéficie pas suffisamment au patient. Il est ainsi suggéré de transférer certaines tâches du médecin généraliste vers le pharmacien afin de palier à une diminution du temps médical, génératrice elle-même d'un risque accru d'erreur.

- MSP

Le regroupement en Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) des différents professionnels de santé précédemment cités est l'un des moyens mis en avant pour dynamiser la collaboration en médecine de ville et ainsi réduire le risque d'erreur médicale(158). Il s'agit de structures pluri-professionnelles, introduites dans le code de la santé publique en 2007, et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens dans le but de permettre un mode d'exercice collectif(166). Pour bénéficier de cette appellation, les différents professionnels exerçant en son sein s'engagent, en contrepartie d'une aide financière émanant des ARS, dans un projet de santé attestant d'un exercice coordonné(166). On peut d'ailleurs imaginer qu'à l'avenir, à l'instar de ce qui existe déjà en milieu hospitalier avec les grilles ALARM, se développent des protocoles « sécurité du patient » visant à réduire spécifiquement le risque d'erreur médicale en optimisant tous les aspects de la prise en charge.

Par ailleurs, au-delà du manque de moyens, notamment humains, les difficultés rencontrées dans l'accès au soin sont également une problématique liée à l'organisation et aux interconnexions des intervenants en santé sur notre territoire. Et à ce titre, l'isolement des généralistes exerçant dans des zones sous-dotées en médecins est cité comme facteur de risque d'erreur médicale. En regroupant les professionnels de santé sur ces territoires fragiles, les MSP contribuent donc à améliorer l'accès aux soins et à fluidifier les prises en charges. Pour cette raison, le ministère de la santé s'est engagé en 2012 à promouvoir la création de nouvelles MSP dans les déserts médicaux(167). Depuis, de nombreuses MSP ont été créées, principalement en zones rurales(166). Sur le projet de loi « Ma santé 2022 », l'un des objectifs majeurs est le regroupement des professionnels de santé en ville en augmentant le nombre de MSP(89).

Par tous les avantages qu'elles offrent, les MSP semblent être une réelle solution pour améliorer la qualité de prise en charge en médecine générale. Elles se développent de plus en plus, mais

restent, du fait de leur jeune âge, perfectibles en matière de protocoles sécurité et d'organisation. Analyser les approches visant à réduire les erreurs médicales au sein des MSP pourraient permettre de mettre en place des protocoles généralisables à l'ensemble des maisons de santé.

b. Collaboration avec l'hôpital

Malgré une volonté générale d'évoluer vers plus de pratiques coopératives, le monde de l'hôpital et celui de la médecine de ville coexistent davantage qu'ils ne travaillent ensemble(160). Or, l'évolution des attentes en matière de santé exigent une prise en charge coordonnée entre les établissements hospitaliers et les professionnels du secteur ambulatoire. Nous nous sommes donc penchés dans cette partie sur les raisons pour lesquelles la qualité de la collaboration entre médecins généralistes de ville et hôpital peut contribuer à réduire le risque d'erreur médicale.

- Accès aux soins

La problématique de l'accès aux soins a souvent été associée à l'erreur médicale. Les facteurs aggravants mis en avant sont le caractère vulnérable des patients (sujets âgés, à mobilité réduite, ou en situation de précarité sociale), les périodes de PDS et les déserts médicaux. Le rapprochement entre les établissements de santé et la médecine générale de ville est mis en avant par les participants de notre étude ainsi que par les récentes décisions gouvernementales pour réduire ces difficultés d'accès aux soins et les erreurs qui en découlent.

Par exemple, à travers les réseaux de santé et la mise à disposition de locaux pour les maisons médicales de garde ou de consultation hospitalière, les médecins généralistes ont la possibilité de s'impliquer directement dans leur hôpital de proximité(159)(160). L'une des participantes à notre étude loue d'ailleurs les bienfaits d'un exercice mixte, consistant à garder un pied en milieu hospitalier. Cette approche permettrait en effet de tirer de nombreux avantages tels que la possibilité d'hospitaliser ses patients ou de réaliser des examens en urgence dans des délais rapides (grâce aux liens tissés avec les services).

- Communication entre professionnels libéraux et services hospitaliers

Au regard des données recueillies dans notre enquête, la communication avec les médecins hospitaliers semble s'articuler principalement autour des demandes d'avis spécialisés et des retours après hospitalisations. Concernant les demandes d'avis, les médecins interrogés sont quelques-uns à déclarer y avoir recours pour prévenir l'erreur. Cependant, selon les villes, les spécialités, voire les réseaux tissés au sein des services hospitaliers, il n'est pour autant pas toujours évident de tomber sur des confrères hospitaliers disponibles. L'une des participantes explique cette indisponibilité par des conditions de travail difficiles en milieu hospitalier. Réduire la charge de travail des médecins hospitaliers pourrait donc, par ce biais, contribuer à faciliter le travail des généralistes et réduire le risque d'erreur en médecine ambulatoire.

L'autre point évoqué concerne quant à lui les retours après hospitalisations. Les médecins interrogés dénoncent un risque accru d'erreur médicale causé par des retards de courriers envoyés par les services hospitaliers (jusqu'à 6 mois dans certains cas). Pour prévenir l'erreur, ils aimeraient que des solutions soient trouvées et mises en application pour réduire ces délais. Le DMP (Dossier Médical Partagé) est l'une des solutions envisagées pour améliorer la communication entre les services hospitaliers et le médecin généraliste(158). Sur ce point, le projet de loi « Ma santé 2022 » évoqué précédemment s'est également positionné(89). On y retrouve notamment la volonté de faire du numérique un atout en généralisant à tous les patients l'usage du DMP afin de simplifier le parcours de santé et de fluidifier la transmission d'informations entre professionnels. Le DMP se développe peu à peu dans les hôpitaux, avec en 2019 un total de 19 centres hospitaliers universitaires sur 32 alimentant automatiquement les DMP de leurs patients en compte-rendu d'hospitalisation et lettres de sortie(168). Mais ces progrès restent insuffisants et doivent encore se poursuivre pour répondre aux problèmes de communication évoqués. Pour y parvenir, cette volonté de travail en coopération doit véritablement se manifester de part et d'autre. Pour l'heure, les objectifs ne semblent pas toujours se rejoindre et il existe une probable non-reconnaissance de chacun du rôle de l'autre.

- Conciliation médicamenteuse

Selon deux études, les erreurs de médication seraient à l'origine d'environ 21% des hospitalisations de personnes âgées et le premier motif de réhospitalisations(169). De plus, la multiplicité des points de passage du patient dans son parcours de soins majore ce risque

d'erreurs liées au médicament(170). Pour ces raisons, la transmission et le partage des informations entre professionnels de santé et avec les patients doivent être complets et exacts tout au long du parcours de soin. L'un des médecins interrogés a évoqué la conciliation médicamenteuse comme solution d'avenir pour réduire ce risque.

La conciliation médicamenteuse est une démarche hospitalière visant à garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins, tout en permettant de prévenir et d'intercepter les erreurs médicamenteuses(170)(169). Selon la Haute Autorité de Santé, il s'agit d'un processus associant le patient, reposant sur une coordination pluri professionnelle et prenant en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre(169). Ainsi, quatre séquences essentielles de cette démarche ont été définies(170). La première consiste à recueillir les informations (historique médicamenteux complet, dont l'automédication et la non-observance thérapeutique du patient). La seconde consiste à synthétiser les informations recueillies en rédigeant un bilan médicamenteux. La troisième a quant à elle pour but de valider un bilan médicamenteux en s'assurant de sa fiabilité. Enfin, la dernière séquence consiste à partager et exploiter le bilan médicamenteux ainsi validé.

Cette conciliation médicamenteuse permet de sécuriser la prise en charge du patient à travers plusieurs aspects(169). En favorisant une transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments, elle permet une meilleure continuité des traitements malgré les nombreux points de passage au sein du parcours de soins (admission, sortie, transferts, ...). Elle permet aussi de prévenir et d'intercepter les éventuelles erreurs médicamenteuses constatées. Enfin, elle a également pour finalité d'améliorer l'information du patient et de son entourage, afin de s'assurer d'une adhésion thérapeutique et d'une meilleure observance. Pour toutes ces raisons, l'enjeu en terme de santé publique est majeur, avec l'espoir d'une diminution significative des hospitalisations liées à la thérapeutique médicamenteuse(169).

Bien qu'il s'agisse d'une démarche hospitalière, elle ne peut se faire sans la participation des professionnels de santé de ville(169). Et tout l'enjeu pour les médecins généralistes est de trouver leur place dans ce processus. Pour ce faire, il appartient à chaque établissement de santé de s'approprier la démarche au regard de ses spécificités, afin d'y impliquer les différents acteurs concernés par la prise en charge médicamenteuse du patient (du patient au médecin généraliste, en passant par l'entourage, les aidants, les paramédicaux et les médecins spécialistes)(170). De nombreux guides sont mis à disposition sur le site de la Haute Autorité

de Santé pour faciliter le déploiement de cette démarche à l'hôpital en lien avec les professionnels de ville(170)(169).

Ainsi, la conciliation médicamenteuse semble être un bon exemple justifiant la nécessité d'une écoute et d'un travail en commun entre médecins généralistes et hospitaliers.

10. Gestion du risque : éviter une médecine défensive

Lorsque l'on parle d'erreur médicale, la question du risque judiciaire n'est jamais très loin. A travers les données recueillies, nous pouvons en effet constater que cette problématique est omniprésente dans l'esprit des participants, tant par ses répercussions émotionnelles que par son impact sur la pratique.

a. Respect du cadre réglementaire du métier

- Obligation de moyens et responsabilité médicale

Si la relation entre le médecin et son patient doit se construire sur une confiance mutuelle, elle demeure avant tout aux yeux de la loi une relation contractuelle, engageant le praticien à fournir au patient des soins conformes aux données actualisées de la science(171). Cet engagement est lié à une obligation de moyens en vertu de laquelle tous les efforts nécessaires pour atteindre l'objectif fixé doivent être fournis(172). Il n'y a en revanche pour le médecin aucune obligation de résultat quant à la guérison du patient(171)(172).

De même, une erreur ou un retard de diagnostic ne sont pas en soi des fautes de nature à engager la responsabilité du médecin si elles ne résultent pas d'une méconnaissance des données actualisées de la science, c'est-à-dire dès lors que le médecin a mis en œuvre tous les moyens en sa possession pour parvenir au diagnostic, conformément à l'article R 4127-33 du code de la santé publique. Ainsi, selon la jurisprudence, l'erreur diagnostique est considérée comme non fautive si, dans les mêmes conditions, elle aurait été commise par tout autre professionnel de la même spécialité. L'erreur de diagnostic est à l'inverse fautive si elle est grossière et si elle témoigne d'une méconnaissance avérée du praticien en présence d'une pathologie « évidente ».

La responsabilité du médecin n'est engagée qu'en cas de faute, qui doit être prouvée par le malade. Pour les médecins interrogés s'étant exprimés sur ce sujet, cette responsabilité est

perçue comme nécessaire et utile dans la démarche de prévention de l'erreur. Ces derniers, reconnaissent dans l'ensemble qu'on ne peut pas tout pardonner et qu'un cadre réglementaire protégeant le patient est indispensable.

Néanmoins, si pour quelques-uns des participants à notre étude la dimension juridique du métier semble claire et comprise, elle reste confuse pour un certain nombre d'entre eux. Ainsi, beaucoup ne sont pas capables de distinguer précisément une erreur fautive d'une erreur non fautive ; un constat qui n'est d'ailleurs pas limité à notre enquête(77). Or, l'erreur n'est pas forcément synonyme de faute, et comme nous l'avons évoqué à plusieurs reprises, la distinction doit être faite pour appréhender au mieux l'analyse pédagogique de l'erreur. Au-delà de la confusion entre erreur et faute, certains médecins interrogés semblent également ne pas connaître leurs droits et devoirs en tant que médecin, et regrettent de ne pas être suffisamment formés et armés sur le plan juridique. A ce déficit en matière de formation juridique s'ajouterait un sentiment d'impuissance, très répandu parmi les médecins interrogés. Ces derniers ont souvent le sentiment d'être désarmés face à la démarche judiciaire, notamment en cas de procédure. Beaucoup de médecins sont alors fatalistes devant le risque de poursuite, décrit comme inhérent à la pratique du métier, et partent du principe qu'ils ne pourront y échapper malgré tous les efforts mis en œuvre.

- Obligation d'information du patient

A l'obligation de moyens, est venu s'ajouter depuis la loi Kouchner de 2002 l'obligation d'informer le patient(131). Depuis cette loi, la responsabilité du médecin est de fait partagée avec le patient, sous réserve que l'information ait été donnée comme il se doit. Cette obligation d'information du patient fait d'ailleurs l'objet d'une grande préoccupation des médecins interrogés dans notre étude. Le problème qui se pose alors au fil des entretiens réalisés est de savoir par quel moyen prouver que l'information a bel et bien été donnée au patient lors de la consultation. Dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé, c'est l'information orale du patient qui prime et non l'information écrite, qu'elle soit signée ou non(131). En cas de litige, le médecin doit donc prouver que le patient a bien été informé. Or, pour l'un des participants ayant vécu une procédure judiciaire où le défaut d'information était l'un des reproches formulés, le médecin est démuni devant le juge. Ce dernier suggère même pour remédier à ce problème d'envisager d'enregistrer les consultations afin de garder une trace de ce qui a été dit et fait. Pour lui, cette initiative pourrait contribuer fortement à améliorer les

pratiques, en renforçant la sécurité des patients et en protégeant davantage les médecins face aux plaintes injustifiées. Mais si une telle mesure pourrait sembler intéressante par les solutions qu'elle apporte, elle reste néanmoins difficile à mettre en place pour des raisons évidentes de confidentialité. Une autre solution est évoquée, il s'agit de notifier systématiquement dans l'observation médicale toute information donnée au patient, en précisant que l'information a bien été comprise. Or, le caractère particulièrement chronophage de cette solution est sans nul doute un obstacle majeur à sa généralisation en pratique courante. Sans parler du fait que les éléments notifiés dans le dossier médical peuvent laisser penser que l'information a été correctement donnée alors que ça n'a pas forcément été le cas.

Simple en théorie, cette obligation d'informer le patient reste complexe à mettre en œuvre, et surtout à prouver le cas échéant. Des études de terrain pourraient être faites pour identifier de quelle manière les médecins appréhendent cette problématique. Les données recueillies pourraient ainsi être confrontées à d'éventuelles mises en cause judiciaires afin de mettre en évidence des outils pratiques à utiliser lors des consultations.

- Tenue du dossier médical

La bonne tenue du dossier médical a été citée lors des entretiens comme un élément incontournable pour se prémunir des complications judiciaires. Ainsi, l'observation doit systématiquement être rédigée par écrit, de sorte à laisser une trace de l'examen, de la démarche, et des intentions du praticien(144). En cas de procédure, les informations contenues dans ce dossier médical sont de précieux atouts pour se justifier devant le juge(25). Par ailleurs, le dossier médical est la propriété du patient, qui est en droit de le récupérer à tout moment(25).

Pour les médecins de notre étude, l'informatisation des cabinets médicaux a grandement contribué à améliorer la qualité des dossiers médicaux et leur archivage. Pour certains d'entre eux, les logiciels médicaux pourraient encore être améliorés de sorte à parfaire l'observation médicale. Le grand défi est certainement de prendre en considération le critère temps, en permettant au médecin d'avoir une observation écrite optimisée sans pour autant y passer plus de temps.

b. Recours en cas de plainte

En cas d'erreur médicale ou de ce qui peut être perçu comme tel, juste derrière les conséquences sur le patient, la plainte est l'élément le plus redouté par les médecins interrogés. Ceux qui parmi ces derniers l'ont expérimenté et qui ont bien voulu s'exprimer sur ce sujet lors des entretiens, décrivent une situation d'impuissance et d'isolement extrême.

- Assurances et frais d'avocat

Le rôle des compagnies d'assurance est décrit comme précieux et incontournable par les médecins interrogés. Les patients sont souvent bien défendus (médecins recours, associations de victimes, avocats spécialisés) et les médecins doivent également l'être. Depuis la loi Kouchner, tout médecin en exercice a l'obligation de souscrire à une assurance responsabilité civile professionnelle(173). Cette assurance permet d'indemniser les patients en cas d'erreur leur portant préjudice, met à contribution des médecins-conseils et conseillers juridiques au service des médecins concernés par des plaintes, et remboursent les frais d'avocat(25)(173).

- Institutions et confrères

En cas de plaintes, nous pouvons en revanche constater que parmi les médecins interrogés, aucun ne semble chercher un soutien sur le plan juridique auprès des confrères ou des institutions représentatives de la profession. Or, l'échange avec des confrères ayant une expérience en médecine légale et l'apport de l'Ordre des Médecins pour désamorcer certaines plaintes peuvent être précieux(25). Un tel constat mériterait davantage d'investigations afin d'identifier de quelle manière soutenir juridiquement les médecins concernés par des plaintes autrement que par leurs compagnies d'assurance.

- Commissions Régionales de Conciliation (CRCI)

La loi Kouchner a également permis la mise en place des Commissions Régionales de Conciliation permettant d'indemniser les patients victimes d'accidents médicaux non fautifs au titre de la solidarité nationale(131). Ces commissions ont pour vocation de soulager les victimes mais aussi les professionnels de santé. Ainsi, en cas d'accident médical, le patient a le choix entre trois possibilités : une procédure à l'amiable (un accord est alors recherché avec l'assureur

du professionnel de santé pour indemniser le préjudice subi), une voie juridictionnelle, et la saisine de la Commission Régionale de Conciliation. Toutefois, même si le recours à cette voie alternative comporte les avantages d'éviter les tribunaux et d'être gratuit pour le patient, les situations permettant d'en bénéficier sont limitées et l'indemnisation du préjudice subi est faible(131). Afin d'améliorer les choses, des débats existent pour changer ces modalités et les seuils de gravité donnant droit à l'indemnisation.

c. Vers une médecine défensive ?

La médecine défensive est une stratégie de prise en charge évoquée par René Amalberti, et qui privilégie la protection juridique personnelle par rapport au bénéfice-risque pour le patient(27). Cette approche est mise en avant par certains médecins interrogés lors de notre enquête. Pour eux, la nécessité de « se couvrir » peut contraindre à prendre des décisions en se détournant d'une logique purement médicale. Dans une étude réalisée sur la thématique de la médecine défensive en 2010 auprès de 1500 médecins américains issus de toutes spécialités, 91% des répondants ont reconnu recourir à des pratiques défensives(174).

▪ Crainte des sanctions

La peur des sanctions, entretenue par une « culture punitive » vis-à-vis de l'erreur, est la raison principale du virage vers une médecine défensive(78). Cette peur est d'autant plus importante que le risque judiciaire est perçu par les médecins et leurs compagnies d'assurance comme en constante augmentation(131)(174). Si en revanche les plaintes sont de plus en plus fréquentes, la plupart des poursuites n'impliquent souvent pas d'erreur médicale ou de négligence et nous constatons que les médecins sont poursuivis malgré une pratique conforme à ce qui est recommandé(174). Mais même lorsqu'elles ne se concluent pas par une condamnation, ces procédures sont extrêmement redoutées de par leur coût (direct et/ou retentissement sur la prime d'assurance), leur durée et leurs répercussions psychologiques. Cette problématique est encore plus marquée en cas d'exercice libéral, puisqu'à l'hôpital public c'est l'établissement et non le médecin lui-même qui endosse la responsabilité et doit payer en cas de condamnation(175).

Dans les suites d'une erreur, et a fortiori d'une expérience judiciaire, le traumatisme peut être tel que l'approche défensive devient LA solution pour éviter que l'expérience ne se reproduise. C'est en tout cas l'impression donnée par certains participants de notre enquête. Dans une étude

américaine datant de 2006, 53% des médecins généralistes interrogés déclaraient infléchir leur façon de travailler après une erreur pour se protéger juridiquement(27).

- Répercussions de l'approche défensive sur les patients et la société

La médecine défensive peut revêtir différentes formes. Les exemples cités sont nombreux, allant du refus de pratiquer certains actes ou de suivre certains patients, à une surmédicalisation se caractérisant par des prescriptions injustifiées de traitements et/ou d'examens complémentaires. Ces approches ont pour point commun la volonté de réduire au minimum le risque de poursuite judiciaire, au détriment d'une logique médicale. Même si elle comporte sans doute l'avantage de réduire le risque pour le médecin, la médecine défensive comporte néanmoins de nombreux inconvénients pour les patients et la société toute entière(27)(175).

- Altération de la relation médecin-malade

Le premier inconvénient évoqué d'une approche défensive est l'altération de la relation entre le médecin et son patient. L'une des participantes met en garde face au risque de se laisser dominer par ses craintes avec pour conséquence une retenue au moment de prendre en charge le patient. De son point de vue, cette approche nuirait à la relation de confiance.

- Refus de suivre certains patients

Un autre participant déclare quant à lui ne plus accepter de nouveaux patients suite à deux procédures judiciaires pour lesquelles il a pourtant été blanchi. L'argument de ce dernier est de ne plus prendre le risque avec des patients qu'il ne connaît pas et avec qui la relation de confiance n'a pas encore eu le temps de s'installer. Dans cet esprit, une autre approche consiste à sélectionner les malades les moins à risque de pathologies graves et complexes(27). Dans un contexte de manque en médecins généralistes, il est évident que de tels choix ne peuvent que porter préjudice aux patients et à la société tout entière.

- Refus de pratiquer certains actes à risque

De nombreux actes courants et répondants à un réel besoin du public ne sont pas suffisamment pratiqués en médecine générale par peur des conséquences judiciaires. A titre d'exemple, l'un

des médecins interrogés déclare ne plus faire de sondage urinaire évacuateur en urgence à domicile suite à la plainte d'un patient pour qui un sondage réalisé s'était compliqué d'une infection urinaire. La peur des poursuites est également l'un des freins les plus importants de la pratique de l'ECG en médecine générale(125)(126). Là encore, le refus de pratiquer certains actes pour le seul motif du risque judiciaire (et non en raison d'un niveau de compétence insuffisant) est pour des raisons évidentes préjudiciable pour le patient et la société, avec une majoration des délais de prise en charge et des coûts. Nous pouvons également citer l'exemple très explicite des gynécologues libéraux chez qui nous constatons une hausse constante de la pratique des césariennes du fait notamment d'un risque de procédures judiciaires plus fréquent lors des accouchements par voie basse(175). De tels choix, ne prennent plus en considération le seul critère médical, et se répercutent directement sur la qualité de la prise en charge du patient.

➤ Surprescription de médicaments et/ou d'examens complémentaires

Le risque de surprescription médicamenteuse dans des situations décrites comme à risque d'erreur n'est cité que par un seul des participants. En revanche, la surprescription d'examens complémentaires est très souvent évoquée lors des entretiens, à la fois pour prévenir l'erreur, mais également pour « se couvrir ». Certains médecins interrogés reconnaissent d'ailleurs que lorsque l'examen est prescrit pour « se couvrir », il ne se justifie pas systématiquement par le tableau clinique du patient. Dans une thèse réalisée en 2017 à Strasbourg et traitant de la surmédicalisation en médecine générale, la crainte de se tromper était l'une des raisons pouvant pousser les médecins à prescrire certains médicaments ou examens en excès(22). Dans l'enquête nationale américaine sur la médecine défensive, réalisée en 2010, et citée précédemment, la peur des poursuites judiciaires a également pour conséquences une surprescription médicamenteuse et d'examens complémentaires(174).

Cette tendance est d'une part préjudiciable pour le patient, qui peut voir ses dépenses de santé augmenter et qui peut se retrouver exposé inutilement aux effets indésirables de traitements ou d'examens potentiellement invasifs(174). Mais elle porte également atteinte au système de santé tout entier, à travers le surcoût induit par les prescriptions inutiles(175). Aux États-Unis, la source de dépenses inutiles la plus importante dans les dépenses de santé est la médecine défensive, avec environ 60 milliards de dollars dépensés par an(174). Ce surcoût se répercute

forcément sur le budget global dévoué à la santé, et une fois encore le patient finit par en payer le prix.

➤ Hospitalisations et envoi de patients aux urgences

Minimiser le risque pour soi-même en hospitalisant ou en envoyant le patient aux urgences est également cité lors des entretiens. Sur ce point, les inconvénients sont le surcoût pour la société, ainsi que l'augmentation de la charge de travail pour des services d'urgences déjà saturés. Si cette approche a le mérite de réduire significativement les risques pris par le médecin généraliste, elle présente en revanche l'inconvénient d'induire indirectement une augmentation du risque d'erreur en milieu hospitalier du fait de la saturation des capacités d'accueil.

▪ Les médecins face à un dilemme

Les médecins, à la fois justiciables de par leurs lourdes responsabilités mais aussi tributaires du dispositif de soin dans toutes ses insuffisances et contradictions, font face à un dilemme : répondre à une demande en forçant et en repoussant leurs limites, ou se protéger en limitant leurs actes et en minimisant les risques pris. On attend souvent des médecins généralistes d'augmenter leur rendement, malgré un risque accru pour eux d'un point de vue judiciaire. Or, dans un contexte culturel où la médecine doit être infaillible, la société n'est pas forcément audible à cette prise de risque du médecin(25). Dans l'imaginaire commun, l'erreur est principalement due à un dysfonctionnement causé par un mauvais médecin plutôt qu'à une médecine imparfaite et/ou un contexte sanitaire tendu(25).

Pour éviter ce glissement vers une médecine défensive de l'ensemble du corps médical, le changement de culture vis-à-vis de l'erreur est une nouvelle fois la solution centrale. Dans l'enquête réalisée sur cette question aux États-Unis en 2010, 90% des répondants estimaient déjà qu'une réduction des tests diagnostiques infondés ne pouvait passer que par une protection des médecins pratiquant avec compétence la norme de soins sans surprescrire face aux plaintes injustifiées(174).

11. Synthèse

Au terme de cette analyse, les nombreux arguments avancés par les médecins interrogés et/ou retrouvés dans la littérature médicale semblent se regrouper en 3 grands axes :

- Un axe temporel (le manque de temps – dont pour la relation optimale au patient – et la surcharge de travail),
- Un axe formatif (FMI, FMC, Évaluation des pratiques),
- Un axe structurel (Collaboration entre soignants, mutualisation et répartition des tâches).

Ces axes peuvent ouvrir la porte à une véritable réflexion sur l'organisation de notre système de soins, afin d'optimiser et de valoriser l'acte médical pour parvenir à une vraie culture de prévention des risques dans le monde médical en général, chez les médecins généralistes en particulier.

V. CONCLUSION

L'erreur médicale reste aujourd'hui ce que l'on cache, alors même que sa prévalence est certaine, et qu'il paraît impossible de l'éradiquer, en particulier parce que l'erreur est humaine. Pour autant, tous les soignants tentent d'en empêcher sa survenue dans leur pratique. Nous nous sommes interrogés sur les moyens mis en œuvre ou espérés pour prévenir l'erreur médicale, autant dans l'exercice quotidien des médecins, que de façon plus structurelle.

Pour cela, 20 médecins généralistes ont accepté de participer à des entretiens lors desquels ils étaient invités à nous faire part des moyens qu'eux utilisaient dans leurs pratiques pour se prémunir face à ce risque, et des suggestions qu'ils avaient à proposer.

Les résultats obtenus ont permis de mettre en évidence de multiples axes de réflexion et d'amélioration qui s'entremêlent et se complètent. Prévenir l'erreur médicale en Médecine Générale semble nécessiter une approche globale, avec comme point de départ l'importance d'une formation sensibilisée à ce risque.

Il apparaît essentiel, dès la formation initiale, de changer les mentalités et de libérer la parole pour initier une véritable pédagogie de l'erreur médicale. Ce modèle pédagogique doit pouvoir être poursuivi dans le contexte de la formation médicale continue, où des échanges entre pairs sur cette thématique semblent devoir être pertinents. Pour ne pas reproduire une erreur, mieux vaut en parler de façon collégiale pour l'analyser avec justesse.

Une autre piste est de permettre une meilleure prise en compte de la santé des soignants, souvent par les soignants eux-mêmes, de la prévention de la fatigue et de la surcharge de travail. Pour cela, l'amélioration des conditions de travail, par exemple par une meilleure répartition des tâches ou la mutualisation des moyens, semble être nécessaire.

Le renforcement de la compétence de professionnalisme, via une rigueur dans la tenue des dossiers et dans le respect des données scientifiques, s'avère tout aussi capital. Cette compétence de professionnalisme se conçoit aussi à travers un renforcement positif des échanges entre professionnels de santé, tant entre praticiens de spécialités différentes, qu'entre la ville et l'hôpital, ou entre médecins et autres soignants, dans le respect des compétences de chacun. Du fait de son caractère plus souvent systémique qu'individuel, l'erreur doit pouvoir

être prévenue de manière systémique par un maillage de sécurités résultant d'un travail en réseau entre professionnels de santé.

Le recueil des témoignages prône également de mettre l'accent sur la relation médecin-patient, dont l'optimisation pourrait être un autre paravent à l'erreur. Ici aussi, les démarches pédagogiques de formation initiale et de formation continue paraissent essentielles, afin de ne pas minimiser la place centrale du patient et de la relation médecin-patient dans la relation de soin, au profit d'une trop grande place laissée à la technicité médicale.

Au bout du compte, une synthèse de l'ensemble de ces axes de réflexion semble prêcher pour un affermissement, dès la formation des soignants et tout au long de leur exercice, de la communication, tant dans la relation de soin que dans la relation entre soignants, et du développement d'une médecine, certes basée sur les preuves, mais avant tout humaniste. Pour ce faire, il paraît bienvenu de développer une réflexion globale sur le système de soins dans son ensemble, de façon à éviter les nombreuses dérives d'exercice énoncées dans cette étude.

Au-delà du risque d'erreur médicale, une autre menace existe dans notre système de soins. Il s'agit du virage vers une médecine dite « défensive ». Cette tendance, qui ne semble ni dans l'intérêt des patients, ni de celui de la société car de coût élevé, semble pourtant gagner du terrain du fait d'une culture excessivement punitive de l'erreur. Il sera important à l'avenir, que l'on se penche davantage sur ce problème, afin de trouver des solutions appropriées.

VU et approuvé
Strasbourg, le 20 JAN. 2021
Administrateur provisoire de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



VU

Strasbourg, le 13 JAN. 2021
Le Président du Jury de Thèse

Professeur Pascal BILBAULT

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Venus E, Galam E, Aubert J-P, Nougairède M. Medical errors reported by French general practitioners in training : results of a survey and individual interviews. *BMJ Qual Saf.* avr 2012;21(4):279-86.
2. Wolff S. L'erreur médicale : vécu, représentations et attentes. Etude qualitative à partir de focus-groups d'internes et jeunes médecins [Thèse d'exercice / Médecine générale]. [Strasbourg, France]: Université de Strasbourg / Faculté de médecine; 2013.
3. Favier-Arnaudier CA. Les internes de médecine générale et l'erreur médicale : Étude de l'apport des groupes d'analyse de pratique supervisés dédiés à l'erreur médicale [Thèse d'exercice / Médecine générale]. [Saint-Etienne, France]: Université Jean Monnet / Faculté de médecine; 2008.
4. Holden J, O'Donnell S, Brindley J, Miles L. Analysis of 1263 deaths in four general practices. *Br J Gen Pract.* juill 1998;48(432):1409-12.
5. Trégouët R. Les erreurs médicales, troisième cause de décès dans les pays développés ! RTFLASH Recherche & Technologie [Internet]. 8 févr 2018 [cité 23 janv 2019]; Disponible sur: <https://www.rtflash.fr/erreurs-medicales-troisieme-cause-deces-dans-pays-developpes/article>
6. Thibert C. Erreurs médicales : un recensement difficile. *Le Figaro Santé* [Internet]. 23 nov 2017 [cité 27 août 2018]; Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/article/combien-d-erreurs-medicales-chaque-annee-en-france/>
7. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human : Building a Safer Health System.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
8. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ.* 03 2016;353:i2139.
9. Ocelli P. La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2011 [cité 16 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1025241/fr/culture-de-securite-du-concept-a-la-pratique-decembre-2010
10. *La Revue Prescrire.* Erreurs en médecine ambulatoire : une recherche balbutiante. juill 2003;23(241):543-4.
11. David G. Faire bon usage de l'erreur médicale. *Académie Natl Médecine Une Inst Dans Son Temps.* 27 janv 2003;187(1):129-39.
12. Philippe M, Quenon J-L, de Sarasqueta A-M, Scemama O. L'estimation du risque iatrogène grave dans les établissements de santé en France – Les enseignements d'une étude pilote dans la région Aquitaine. *Dir Rech Études Lévaluation Stat.* févr 2003;Études et Résultats(219).
13. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ.* 18 mars 2000;320(7237):774-7.
14. Michel P, Haeringer-Cholet A, Keriél-Gascou M, Larrieu C, Quenon J-L, Villebrun F, et al. Etude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France (ESPRIT 2013). *BEH Bull Épidémiologique Hebd InVS.* 9 sept 2014;(24-25):410-6.
15. Haute Autorité de Santé - Comprendre pour agir sur les événements indésirables associés aux soins [Internet]. [cité 27 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2011561/fr/comprendre-pour-agir-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias#toc_3
16. MACSF. Risque des professionnels de santé en 2017 [Internet]. [cité 14 janv 2019].

Disponible sur: <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Rapport-annuel-sur-le-risque-en-sante/Risque-des-professions-de-sante>

17. MACSF. Rapport annuel sur le risque médical / Risque des professions de santé / Médecine générale [Internet]. [cité 25 août 2018]. Disponible sur: <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Rapport-annuel-sur-le-risque-medical/Risque-des-professions-de-sante/Medecine-generale>
18. Helmlinger L, Martin D. La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité. *Trib Santé*. 2004;5(4):39-46.
19. Amalberti R. Les retards de diagnostic, première source d'erreur en médecine générale. *Concours Méd*. 2012;134(6):481-3.
20. Laurent A, Capellier G. Accompagner les professionnels de santé dans la révélation de l'erreur : de la révélation à soi à la révélation à l'autre. *Ann Méd-Psychol*. 13 févr 2018;176(2):145-9.
21. Haute Autorité de Santé. Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins / Rapport annuel d'activité 2017 [Internet]. 2018 oct. Disponible sur: www.has-sante.fr
22. Faidherbe L. La surmédicalisation : qu'en pensent les médecins généralistes ? Approche qualitative à partir d'entretiens individuels [Thèse d'exercice / Médecine générale]. Université de Strasbourg - Faculté de Médecine; 2017.
23. Wu AW. Medical error : the second victim. *BMJ*. 18 mars 2000;320(7237):726-7.
24. Galam É. L'erreur médicale, le burnout et le soignant : de la seconde victime au premier acteur. Springer; 2011.
25. Galam E. Dédratiser et travailler nos erreurs. *Rev Prat - Med Gen*. 2005;19.
26. Sirriyeh R, Lawton R, Gardner P, Armitage G. Coping with medical error : a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. *Qual Saf Health Care*. 1 déc 2010;19(6):e43-e43.
27. Amalberti R. Le médecin, seconde victime de l'erreur médicale. *Concours Méd*.
28. Newman MC. The emotional impact of mistakes on family physicians. *Arch Fam Med*. févr 1996;5(2):71-5.
29. Joesten, Leroy Md, BCC, Cipparrone, Nancy M, Okuno-Jones, et al. Assessing the perceived level of institutional support for the second victim after a patient safety event. *J Patient Saf*. juin 2015;11(2):73-8.
30. Figon S, Chanelière M, Moreau A, Le Goaziou M-F. Impact des événements indésirables sur la pratique de 15 médecins généralistes maîtres de stage. *Presse Médicale*. 1 sept 2008;37(9):1220-7.
31. MACSF. Rapport annuel 2017 sur la sinistralité [Internet]. [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Rapport-annuel-sur-le-risque-en-sante/A-la-une>
32. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM, et al. Caring for our own : deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. mai 2010;36(5):233-40.
33. Haute Autorité de Santé. Classification des événements indésirables associés aux soins rencontrés hors établissement de santé. juin 2015;Sécurité du Patient.
34. Makeham MAB, Stromer S, Bridges-Webb C, Mira M, Saltman DC, Cooper C, et al. Patient safety events reported in general practice : a taxonomy. *Qual Saf Health Care*. févr 2008;17(1):53-7.
35. Amalberti R, Brami J. « Tempos » management in primary care : a key factor for classifying adverse events, and improving quality and safety. *BMJ Qual Saf*. sept 2012;21(9):729-36.

36. Brami J, Amalberti R, Wensing M. Patient safety and the control of time in primary care : A review of the French tempos framework by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *Eur J Gen Pract.* 14 août 2015;21(sup1):45-9.
37. Makeham MA, Dovey SM, County M, Kidd MR. An international taxonomy for errors in general practice : a pilot study. *Med J Aust.* juill 2002;
38. Goldman B. TED Talk – Doctors Make Mistakes [Internet]. [cité 22 janv 2019]. Disponible sur: <http://doctorbriangoldman.com/appearances/ted-talk-doctors-make-mistakes/>
39. Khalil H, Bell B, Chambers H, Sheikh A, Avery AJ. Professional, structural and organisational interventions in primary care for reducing medication errors. In: *The Cochrane Library* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2017 [cité 5 juin 2018]. Disponible sur: <http://cochranelibrary-wiley.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/doi/10.1002/14651858.CD003942.pub3/full>
40. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Quatrième édition. Armand Colin; 2016.
41. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol.* 1994;(23):147.
42. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Rech Qual.* 2007;Hors série(5):99-111.
43. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : « Maladie » à « Verbatim ». *Exerc Rev Francoph Médecine Générale.* 2009;20(88):106-12.
44. [Guide_du_consentement.pdf](#) [Internet]. [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: https://www.usherbrooke.ca/recherche/fileadmin/sites/recherche/documents/ethique/Guide_du_consentement.pdf
45. Blanchet A. *L'entretien*. 2005.
46. Rioufreyt T. La transcription d'entretiens en sciences sociales. Enjeux, conseils et manières de faire. HAL. 29 juin 2016;(halshs-01339474):46.
47. Descamps F. *L'historien, l'archiviste et le magnétophone*. Institut de la gestion publique du développement économique, Comité pour l'histoire économique et financière de la France. Paris; 2005. 888 p. (Histoire économique et financière - XIXe-XXe).
48. *Lexique des règles typographiques en usage à l'Imprimerie nationale*. 6ème édition. Imprimerie Nationale (France); 2014.
49. Genette G (1930-2018). *Seuils*. 1987.
50. Lemieux N. *Guide pédagogique lié à l'utilisation du logiciel ATLAS.ti*. Université du Québec à Montréal; 2015.
51. Loi n° 2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale [Internet]. 2008-112 févr 8, 2008. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018088910>
52. Hurtaud A, Rouillon F, Lorient M, Fritsch JP. Internes en SASPAS : moins de stress et davantage d'assurance dans la maîtrise des compétences professionnelles. *Exerc Rev Francoph Médecine Générale.* août 2015;(120):182-90.
53. Martos S. 48 heures par semaine maximum ? 50 % des internes de médecine générale dépassent le temps de travail réglementaire. *Quotid Med* [Internet]. 15 févr 2019 [cité 17 avr 2019]; Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2019/02/15/48-heures-par-semaine-maximum-50-des-internes-de-medecine-generale-depassent-le-temps-de-travail-reglementaire_866020
54. ISNAR.IMG. La Réforme du troisième cycle des études médicales en trois minutes ! (Ou presque...) [Internet]. 2017 sept [cité 20 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/La-reforme-du-troisieme-cycle-en-3-mn-27-09-2017.pdf>
55. DMG Strasbourg. Formations optionnelles [Internet]. [cité 20 févr 2020]. Disponible sur: <http://udsmed.u-strasbg.fr/dmg/enseignement/formation-theorique/formations->

optionnelles/

56. DMG Paris 13. Séminaire mutualisé « De l'erreur médicale à la sécurité du patient » [Internet]. [cité 14 juin 2019]. Disponible sur: <https://dumg.univ-paris13.fr/d-e-s/formations-exterieures-validantes/article/de-l-erreur-medicale-a-la-securite>
57. Vallée J, Charles R. Approche pédagogique des erreurs médicales au cours de l'internat de médecine générale. *Exerc Rev Francoph Médecine Générale*. oct 2008;(83):111-6.
58. Cerland L. L'erreur médicale : Enquête auprès de 156 médecins généralistes libéraux installés en Martinique [Mémoire de DES de médecine générale]. Université des Antilles et de la Guyane, Faculté de Médecins Hyacinthe Bastaraud; 2014.
59. Macron M. Impact de l'erreur médicale sur le médecin généraliste. Etude qualitative auprès de 14 médecins de l'Oise [Thèse d'exercice / Médecine générale]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Verne, Faculté de médecine d'Amiens; 2015.
60. Collège National des Généralistes Enseignants. Historique du CNGE [Internet]. 2012 [cité 22 juin 2019]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/historique_du_cnge/
61. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 11 - Développement professionnel continu [Internet]. 2019 [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-11-developpement-professionnel-continu>
62. Larramendy-Magnin S, Hérault T, Lequeux Y, Moret L. Perception de la sécurité des soins par les médecins généralistes : une évaluation en Pays-de-la-Loire, France. *Rev Dépidémiologie Santé Publique*. sept 2016;64:S242-S242.
63. Conseil national de la FMC des praticiens hospitaliers - CN FMCH. L'Obligation de Formation Médicale Continue [Internet]. 2005 juin [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/diapos_fmch.pdf
64. Bras PL, Duhamel G. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins. Inspection générale des affaires sociales; 2008 nov. Report No.: RM2008-124P.
65. Vignally P, Gentile S, Bongiovanni I, Sambuc R, Chabot J-M. Évaluation des pratiques professionnelles du médecin : historique de la démarche en France. *Santé Publique*. 2007;Vol. 19(1):81-6.
66. Agence nationale du Développement Professionnel Continu [Internet]. [cité 5 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/>
67. MACSF Exercice Professionnel. Notre expertise sur la responsabilité médicale et votre exercice professionnel [Internet]. [macsf-exerciceprofessionnel.fr](http://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/). [cité 14 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/>
68. SFMG. Un Groupe de Pairs, comment ça marche ? Déroulement d'une réunion [Internet]. [cité 27 avr 2019]. Disponible sur: http://www.sfmfg.org/groupe_de_pairs/deroulement_d_une_reunion/
69. SFMG. Groupe de pairs® Le plaisir de se former ensemble [Internet]. [cité 26 avr 2019]. Disponible sur: http://www.sfmfg.org/groupe_de_pairs/
70. Philibert A-C. Les groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle de développement professionnel continu en médecine générale [Thèse d'exercice / Médecine générale]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier / Faculté de médecine de Grenoble; 2012.
71. SFMG. La formation en Groupe de Pairs avec la SFMG [Internet]. [cité 26 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.sfmfg-formation.org/groupe-de-pairs>
72. Bami J. La sécurité du patient en médecine générale. 2009.
73. Haute Autorité de Santé. Journée d'Evaluation des Pratiques Professionnelles : Retours d'expériences / Session groupes d'analyse de pratique entre pairs. 2006.
74. Galam E. Becoming doctor : Highlight the hidden curriculum. Medical error as an

- exemple. Presse Medicale Paris Fr 1983. avr 2014;43(4 Pt 1):358-62.
75. Cooper J, Edwards A, Williams H, Sheikh A, Parry G, Hibbert P, et al. Nature of Blame in Patient Safety Incident Reports : Mixed Methods Analysis of a National Database. *Ann Fam Med.* 2017;15(5):455-61.
 76. Guide pédagogique de l’OMS pour la sécurité des patients [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/resume_module_5.pdf
 77. Pellerin D. Les erreurs médicales. *Trib Santé.* 12 nov 2008;(20):45-56.
 78. Haute Autorité de Santé. Repères – Pas d’erreur sur l’erreur. *Le Webzine de la HAS, Magazine des bonnes pratiques* [Internet]. 14 janv 2016 [cité 7 sept 2018]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2586979/fr/reperes-pas-d-erreur-sur-l-erreur
 79. Haute Autorité de Santé. Revue de mortalité et de morbidité [Internet]. [cité 16 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm
 80. ANCRED, UNR santé, RSSMG (CNGE, SFDRMG, SFMG, SFTG), programme Prescrire Eviter l’Evitable, groupe Repères, FNEHAD, et al. Revue de mortalité et de morbidité et médecine générale / Guide méthodologique [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2010 [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: www.has-santé.fr
 81. Chanelière M, Comte C, Keriél-Gascou M, Siranyan V, Colin C. Mise en place d’une revue de morbi-mortalité en médecine générale : à propos d’une expérimentation conduite en Rhône-Alpes. *Presse Médicale.* 1 oct 2013;42(10):e363-70.
 82. Collège des Généralistes Enseignants de l’Océan Indien (CGEOI). La recherche en médecine générale [Internet]. [cité 27 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.cgeoi.fr/recherche/la-recherche-en-medecine-generale/>
 83. Kandel O, Boisnault P, Société Française de Médecine Générale. Recherche en médecine générale : une nécessaire professionnalisation. *Rev Prat Médecine Générale.* mai 2001;2.
 84. CDOM. Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie [Internet]. [cité 16 mai 2020]. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/enquete_HN_soigne_medecin.pdf
 85. Haute Autorité de Santé - Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d’épuisement professionnel ou burnout [Internet]. [cité 30 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
 86. SCCAHP - Syndicat des Chefs de Clinique & Assistants des Hôpitaux de Paris. Loi sur le temps de travail des médecins 48 heures [Internet]. [cité 10 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.sccahp.org/ArticleDossier.php?CleDossier=79>
 87. Bouet P. La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique. *Ordre National des Médecins*; p. 140.
 88. Béguin F. En 2025, la France aura perdu un médecin généraliste sur quatre en vingt ans. *Le Monde* [Internet]. 2 juin 2016 [cité 1 avr 2019]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sante/article/2016/06/02/le-manque-de-medecins-generalistes-s-accentue_4930689_1651302.html
 89. Ma Santé 2022 : les grandes mesures inscrites dans la loi [Internet]. ARS. 2019 [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-les-grandes-mesures-inscrites-dans-la-loi>
 90. Béguin F. Loi santé : les mesures qui fâchent les médecins libéraux. *Le Monde* [Internet]. 18 mars 2019 [cité 10 avr 2019]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/politique/article/2019/03/18/loi-sante-les-mesures-qui-fachent-les-medecins-liberaux_5437595_823448.html

91. Prouvost A. Modélisation, organisation et évaluation qualitative de consultations médicales dédiées aux médecins [Thèse d'exercice / Médecine générale]. Université de Montpellier / Faculté de médecine;
92. Richer S. Le médecin de famille devrait-il se traiter lui-même ou non? *Can Fam Physician*. août 2009;55(8):784-5.
93. Collège des médecins du Québec. Code de déontologie des médecins du Québec [Internet]. [cité 5 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.cmq.org/page/fr/code-de-deontologie-des-medecins.aspx>
94. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie [Internet]. [cité 5 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-de-deontologie-1210>
95. Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs. Dis Doc, T'as ton Doc ? Campagne internationale pour changer le modèle culturel des médecins [Internet]. CFAR. [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: <https://cfar.org/didoc/>
96. Sauvegrain L. Enquête sur la santé et les besoins en santé des médecins libéraux de Loire-Atlantique [Thèse d'exercice / Médecine générale]. [Nantes]: Université de Nantes / Faculté de médecine; 2016.
97. Association INTERMED [Internet]. Syndicat des Internes du Languedoc-Roussillon. [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.silr.fr/help-je-me-sens-mal/association-intermed/>
98. Legifrance. Code du travail [Internet]. [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: <file:///Users/issamnabilmorkane/Zotero/storage/X7SY7GUV/affichCode.html>
99. Giorgio M. Santé au travail : Le code du travail n'est pas applicable aux professions libérales et autres travailleurs indépendants ! [Internet]. Santé au travail. 2012 [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: <http://atousante.blogspot.com/2012/11/le-code-du-travail-nest-pas-applicable.html>
100. Galam E. Dossier Burn Out. *Concours Méd*. 17 avr 2008;130(8):393-405.
101. ANEMF, ISNAR-IMG, ISNI. Enquête Santé Mentale 2017 : De l'importance de la santé mentale des étudiants et jeunes médecins [Internet]. 2017 juin 13 [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.isncca.org/Actualite/207/20170613%20Presentation%20Conf%20de%20presse%20ESMJM.pdf>
102. Julien A. Évaluation des facteurs de risques psychosociaux chez les médecins généralistes libéraux : approche qualitative chez seize médecins de Gironde [Internet] [Mémoire de DES de médecine générale]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux / Faculté de médecine; 2016 [cité 12 avr 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01321250/document>
103. Vaquin-Villeminey C. Prévalence du burnout en médecine générale : enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau sentinelles [Thèse d'exercice / Médecine générale]. [Paris]: Université René Descartes (Paris 5) / Faculté de médecine; 2007.
104. ISNAR-IMG. Le burn-out chez les médecins généralistes [Internet]. [cité 12 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/protection-sociale/burn-out/>
105. Saurel V. Evaluation de la mise en place des facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes installés depuis moins de 10 ans [Thèse d'exercice / Médecine générale]. Université de Poitiers / Faculté de médecine; 2015.
106. Association d'aide professionnelle aux médecins et soignants [Internet]. [cité 30 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.aapms.fr/>
107. Schaufeli WB, Greenglass ER. Introduction to special issue on burnout and health. *Psychol Health*. sept 2001;16(5):501-10.
108. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training : a cross-sectional study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. mars 2013;63(608):e217-224.

109. Légifrance. Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000192992&dateTexte=>
110. MACSF Le Sou Médical, Conseil national de l'Ordre des médecins. Logiciels destinés aux médecins. 2017 déc.
111. MACSF Exercice professionnel. L'informatisation des cabinets médicaux [Internet]. 2018 [cité 4 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/Exercice-liberal/Exercer-au-quotidien/logiciels-destines-medecins/Les-logiciels-metiers-des-professionnels-de-sante/informatisation-cabinets-medicaux>
112. Ameli. La Rosp [Internet]. [cité 4 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/nouvelle-rosp>
113. Coissac L, Merviel N, Picard A. Rémunération sur objectifs de santé publique : quelle perception en ont les médecins généralistes ? Etude qualitative réalisée auprès de soixante médecins généralistes de Maine et Loire, Mayenne et Sarthe. [Thèse d'exercice / Médecine générale]. [Angers]: Université d'Angers, UFR Santé; 2016.
114. Observatoire des usages numériques en santé. 4ème baromètre : L'utilisation des smartphones par les médecins. VIDAL - CNOM; 2016 mars.
115. Dourgnon P, Grandfils N, Sourty-Le Guellec MJ. Apport de l'informatique dans la pratique médicale. CREDES FORMMEL. mars 2000; Questions d'économie de la santé(26).
116. La Prévention Médicale. Petite erreur, grande conséquence : un clic malheureux sur le logiciel de prescription [Internet]. prevention-medicale.org. 2016 [cité 8 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.prevention-medicale.org/Cas-clinique-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques/Medecin/erreur-de-clic-logiciel-prescription-medicale>
117. Remoiville M. Informatisation des médecins généralistes : qu'en pensent les patients? [Thèse d'exercice / Médecine générale]. [Nancy]: Université Henri Poincaré, Nancy 1 / Faculté de médecine; 2011.
118. Croste E, Gay B, Maurice-Tison S. Médecine générale et Internet : association difficile ? Une enquête auprès de 300 médecins généralistes aquitains. Médecine. 1 oct 2006;2(8):372-7.
119. Hemery Muzzolini V. Utilisation des smartphones en médecine générale en Picardie [Thèse d'exercice / Médecine générale]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Verne / UFR de Médecine; 2016.
120. Binart Ecale H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral [Thèse d'exercice / Médecine générale]. [Bobigny]: Université Paris Nord / Faculté de médecine; 2012.
121. Service-Public.fr. En quoi consiste le dossier médical partagé (DMP) ? [Internet]. 2018 [cité 5 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10872>
122. Ameli. Déjà 6 millions de personnes ont ouvert leur DMP [Internet]. 2019 [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/actualites/deja-6-millions-de-personnes-ont-ouvert-leur-dmp>
123. Ducrot P. Utilisation de l'électrocardiogramme en médecine générale, indications, interprétation et conduite tenue : étude portant sur 211 médecins généralistes de l'Arrageois, Pas-de-Calais [Thèse d'exercice / Médecine générale]. [Lille]: Université Lille 2 Droit et Santé / Faculté de médecine Henri Warembourg; 2004.
124. Juilliere MY. L'électrocardiogramme en médecine générale : indications actuelles et utilisations. Enquête auprès des médecins généralistes vosgiens [Thèse d'exercice / Médecine

- générale]. [Nancy]: Université de Lorraine / Faculté de médecine; 2014.
125. Philippe T. Utilisation et recours à l'électrocardiographe par les médecins généralistes en Guadeloupe : étude transversale auprès des médecins généralistes et cardiologues exerçant en Guadeloupe [Thèse d'exercice / Médecine générale]. Université des Antilles / Faculté de médecine Hyacinthe Bastaraud; 2017.
126. Cretallaz P. Facteurs limitant l'équipement en électrocardiographe en médecine générale : étude nationale épidémiologique incluant 684 médecins généralistes libéraux [Thèse d'exercice / Médecine générale]. [Nice]: Université de Nice Sophia Antipolis / Faculté de Médecine; 2015.
127. Schmit A, Pécoul D, Lebret Y, Dussoix P. L'échographie comme prolongement de l'examen clinique du praticien. *Rev Médicale Suisse*. 2018;14:270-5.
128. Salles M. Intérêt de la pratique de l'échographie en soins primaires par le médecin généraliste en France (hors échographie fœtale) [Thèse d'exercice / Médecine générale]. [Toulouse]: Université Toulouse III - Paul Sabatier / Faculté de Médecine; 2016.
129. Profil Médecin. Le nouveau visage de la relation patient – médecin [Internet]. 2017 [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/nouveau-visage-de-relation-patient-medecin/>
130. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble [Internet]. 2013 [cité 22 mai 2020] p. 76. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf
131. Giorgio M. Erreur médicale, événement indésirable associé aux soins, événement porteur de risques [Internet]. AtouSanté.com La santé au travail. 2018 [cité 16 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.atousante.com/actualites/erreur-medicales-patients-medecins/>
132. Bittner-Fagan H, Davis J, Savoy M. Improving Patient Safety: Improving Communication. *FP Essent*. déc 2017;463:27-33.
133. Jimenez C. Littératie en santé et santé publique [Internet]. Association canadienne de santé publique. 2018. Disponible sur: <https://www.cpha.ca/fr/litteratie-en-sante-et-sante-publique>
134. Lemieux V, Mouawad R, Charier M-D, Mondou I, Tessier S, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, et al. Pour qu'on se comprenne! Précautions et littératie en santé: guide pour les professionnels et communicateurs en santé [Internet]. 2013 [cité 19 mai 2020]. Disponible sur: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2319125>
135. Oldfield SR, Dreher HM. The Concept of Health Literacy Within the Older Adult Population: *Holist Nurs Pract*. juill 2010;24(4):204-12.
136. Rioux L-M. Quand médecin et patient ne se comprennent pas... [Internet]. *Le Devoir*. 2008 [cité 20 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ledevoir.com/societe/sante/178812/quand-medecin-et-patient-ne-se-comprennent-pas>
137. Le Brozec A. Repérage et prise en charge des patients à faible niveau de littératie en santé : Étude qualitative par focus groupes auprès de 20 médecins généralistes en Normandie [Thèse d'exercice / Médecine générale]. UFR de médecine et de pharmacie de Rouen; 2016.
138. Sala B. Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient [Thèse d'exercice / Médecine générale]. [Nice]: Université de Nice Sophia Antipolis / Faculté de Médecine; 2018.
139. Haute Autorité de Santé. « Faire Dire » / Outil d'amélioration des pratiques professionnelles [Internet]. 2016 [cité 19 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2612334/fr/faire-dire
140. Ast L. Événement indésirable en médecine générale : modalités de l'annonce et conséquences [Thèse d'exercice / Médecine générale]. [Nancy]: Université de Lorraine /

Faculté de médecine; 2013.

141. Kachalia A, Shojania KG, Hofer TP, Piotrowski M, Saint S. Does Full Disclosure of Medical Errors Affect Malpractice Liability? The Jury Is Still Out. *Jt Comm J Qual Saf.* 1 oct 2003;29(10):503-11.

142. Langer T, Martinez W, Browning DM, Varrin P, Sarnoff Lee B, Bell SK. Patients and families as teachers : a mixed methods assessment of a collaborative learning model for medical error disclosure and prevention. *BMJ Qual Saf.* août 2016;25(8):615-25.

143. Haute Autorité de Santé. Annonce d'un dommage associé aux soins [Internet]. 2011 [cité 18 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_953138/fr/annonce-d-un-dommage-associe-aux-soins

144. Mouthon L, Hanslik T, Collège National des Enseignants de Médecine Interne. L'observation médicale. UMVF - Université Médicale Virtuelle Francophone; 2013.

145. Hrni B. Que reste-t-il de l'examen clinique ? *Rev Médicale Suisse* [Internet]. 2007 [cité 1 juin 2020];3(2652). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-118/2652>

146. Madelon A. Étude sur l'apport de l'interrogatoire et de l'examen physique soigneux, dans le diagnostic final d'une pathologie en consultation de médecine interne : INPHYDIA [Thèse d'exercice / Médecine interne]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes / UFR de Médecine; 2019.

147. Paley L, Zornitzki T, Cohen J, Friedman J, Kozak N, Schattner A. Utility of Clinical Examination in the Diagnosis of Emergency Department Patients Admitted to the Department of Medicine of an Academic Hospital. *Arch Intern Med.* 8 août 2011;171(15):1393-400.

148. Le Quotidien du médecin. L'examen clinique est-il devenu obsolète ? [Internet]. [cité 1 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/lexamen-clinique-est-il-devenu-obsolete>

149. P. Staeger B, Favrat J-P, Vader J. L'erreur en médecine ambulatoire : comment l'aborder ? *Rev Médicale Suisse* [Internet]. [cité 1 juin 2020];3(32718). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-135/32718>

150. MedG. Arbres décisionnels médicaux [Internet]. [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.medg.fr/arbres-decisionnels-medicaux/>

151. Ely JW, Graber ML. Preventing Diagnostic Errors in Primary Care. *Am Fam Physician.* 15 sept 2016;94(6):426-32.

152. Cornuz JJ, Michel Gaspoz M, Louis Simonet A, Gérard Perrier G. Vivre avec l'incertitude. *Rev Médicale Suisse.* 2017;13(546):131-131.

153. Haute Autorité de Santé. Causes systémiques ou latentes des événements indésirables associés aux soins [Internet]. [cité 6 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1661498/fr/causes-systemiques-ou-latentes-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins

154. Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating Uncertainty - The Next Medical Revolution? *N Engl J Med.* 3 nov 2016;375(18):1713-5.

155. Martos S. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes. *Quotid Médecin* [Internet]. 2 mai 2017 [cité 28 juill 2019]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes>

156. Micheau J, Molière E, Plein Sens. L'emploi du temps des médecins libéraux : Diversité objective et écarts de perception des temps de travail. *Dir Rech ETUDES Eval Stat.* 2010;Dossiers solidarité et santé(15):15.

157. Bouleuc-Parrot C. Éducation thérapeutique du patient : vers un patient autonome. *Laennec.* 20 juill 2018;Tome 66(2):4-6.

158. Leloup M. Perception par le patient du risque d'erreur médicale en médecine générale

[Thèse d'exercice / Médecine générale]. [Nantes]: Université de Nantes / Faculté de médecine; 2020.

159. Société française de santé publique. Accompagnement et éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques. Quels enjeux ? Quelles perspectives de développement ? 2008 juin. (Collection Santé et Société). Report No.: 14.

160. Lucas J. Les coopérations entre professionnels de santé / Coordination des soins au bénéfice des patients [Internet]. Ordre National des Médecins; 2010 juin [cité 1 avr 2019] p. 43. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/les-cooperations-entre-professionnels-de-sante-1096>

161. Bons-Letouzey C. Responsabilité civile professionnelle : médecin traitant, métier à risques ? [Internet]. macsf-exerciceprofessionnel.fr. 2018 [cité 9 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Cadre-general/medecin-traitant-metier-a-risques>

162. Entr'Actes - Plateforme de coordination des soins primaires [Internet]. [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.entreactes.fr/>

163. Haute Autorité de Santé. Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé [Internet]. [cité 19 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante

164. Michel C, DGOS. Les protocoles de coopération entre professionnels de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 21 juill 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante>

165. Morlaes S. La collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine autour de la prescription médicamenteuse : enquête réalisée auprès de pharmaciens d'officine dans le sud des Landes [Thèse d'exercice / Médecine générale]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux / Faculté de médecine; 2015.

166. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les maisons de santé [Internet]. 2018 [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>

167. Ministère des Solidarités et de la Santé. Pacte territoire santé 2012-2015 [Internet]. 2017 [cité 30 mars 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-1>

168. Ameli. 6 millions des personnes ont déjà ouvert leur DMP [Internet]. 2019 [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/actualites/6-millions-des-personnes-ont-deja-ouvert-leur-dmp>

169. Haute Autorité de Santé. Conciliation des traitements médicamenteux – Prévenir les erreurs [Internet]. 2018 [cité 2 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2735359/fr/conciliation-des-traitements-medicamenteux-prevenir-les-erreurs

170. Haute Autorité de Santé. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé [Internet]. 2017 [cité 2 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante

171. DroitJuridique.fr. Responsabilité médicale - Sa Nature [Internet]. [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.droitjuridique.fr/droits/droit-de-la-responsabilite-civile/14/>

172. Roig E. Obligation de moyen (définition) [Internet]. Droit-Finances. 2020 [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <https://droit-finances.commentcamarche.com/faq/23882-obligation-de-moyen-definition>

173. MS. L'assurance Responsabilité Civile Professionnelle [Internet]. [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.media-sante.com/fiscal/resume/l-assurance-responsabilite-civile-professionnelle-du-medecin-J70>
174. Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. Physicians' Views on Defensive Medicine : A National Survey. Arch Intern Med. 28 juin 2010;170(12):1081-3.
175. Auguste O. Actes médicaux superflus : la peur des procès. Le Figaro.fr [Internet]. 27 déc 2010 [cité 30 juin 2020];Economie. Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/conjoncture/2010/12/27/04016-20101227ARTFIG00411-actes-medicaux-superflus-la-peur-du-juge.php>

VII. ANNEXES

Annexe 1

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet

Prévention de l'erreur médicale en médecine générale : moyens et perspectives.

Personnes responsables du projet

- Issam Morkane : étudiant en DES de médecine générale. Projet réalisé dans le cadre d'un doctorat de médecine à la faculté de médecine de l'université de Strasbourg. (Téléphone : 0784154791 / Email : m.i.nabil@hotmail.fr)
- Dr Jean Luc Gries : directeur de thèse pour ce projet de recherche, membre du département de médecine générale de Strasbourg.

Objectifs du projet

- Enquêter sur les moyens de prévention de l'erreur médicale et ses conséquences auprès des médecins généralistes.
- Recueillir auprès de ces mêmes médecins généralistes, leurs idées visant à améliorer cette prévention.

Raison et nature de la participation

Votre participation sera requise le temps d'un entretien d'une durée variable, fonction de l'évolution de l'entretien. Cette rencontre aura lieu dans un endroit déterminé selon votre convenance et vos disponibilités. L'entretien s'articulera autour des trois grandes questions suivantes :

- Qu'évoquent pour vous les termes "erreur médicale" ?
- Comment vous prémunissez-vous face à ce risque d'erreur médicale ?
- A l'échelle d'une population globale de médecins généralistes, quels moyens pourrait-on mettre en place afin de réduire le risque d'erreur médicale et ses conséquences ?

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre l'entretien à un autre moment qui vous conviendra.

Initiales du participant : _____
Version v.1 datée du 25 juin 2018

Page 1 sur 3

Il se pourrait, lors de l'entrevue, que le fait de parler de votre expérience vous amène à vivre une situation difficile. Pour cette raison, nous avons décidé de ne pas vous questionner directement sur votre vécu personnel ou expérience de l'erreur médicale. Le choix d'évoquer ou non des situations issues de votre expérience vous incombera entièrement.

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits ?

Oui Non

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, le chercheur vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : description relative à votre profil professionnel, enregistrements audio des entretiens réalisés.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur du projet de recherche.

Le chercheur principal de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

En cas de publication dans des revues scientifiques ou partage avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques, aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier. Dans le cas contraire, votre permission vous sera demandée au préalable.

Les données recueillies seront conservées, sous clé, pour une période n'excédant pas 5 ans. Après cette période, les données seront détruites. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

A des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique, ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Initiales du participant : _____
Version v.1 datée du 25 juin 2018

Page 2 sur 3

Résultats de la recherche et publication

Vous serez informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant. Nous préserverons l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude.

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (Nom, Prénom),
déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire.
Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.
Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant : _____

Fait à _____, le _____.

Déclaration de responsabilité du chercheur principal de l'étude

Je, _____, chercheur principal de l'étude, déclare être responsable du présent projet de recherche. Je m'engage à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature du chercheur principal de l'étude : _____.

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement

Je, _____ (Nom, Prénom)
certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé(e) les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature : _____

Fait à _____, le _____.

Initiales du participant : _____
Version v.1 datée du 25 juin 2018

Page 3 sur 3

GUIDE D'ENTRETIEN QUALITATIF SEMI-DIRECTIF

PREAMBULE

- Présentation
- Présentation du projet de thèse
- Information sur les modalités de l'entretien, sur le caractère confidentiel de l'entretien, et explication du formulaire d'information et de consentement
- Réponses aux questions posées le cas échéant.

QUESTIONNAIRE DESCRIPTIF

Sexe, Âge, Mode d'installation (Maison médicale, individuel, association, ...), Durée d'exercice, Zone d'activité (Urbain/Rural/...), Maître de stage ou non, Activité (Régulation, gardes...)

ENTRETIEN

1. Que signifie pour vous l'erreur médicale ?

- Comment différenciez-vous l'erreur médicale de la faute ?
- Dans quelles circonstances y pensez-vous dans votre pratique ?
(Le cas échéant si le participant en vient à parler de son vécu...)
Quelles sont les répercussions de ces éventuelles erreurs sur vous ? Sur la relation médecin malade ?
- Que redoutez-vous à travers ce risque d'erreur médicale ?

2. Comment vous prémunissez-vous face à ce risque d'erreur médicale ?

3. Que pourrait-on proposer à l'échelle d'une population globale de médecins généralistes pour prévenir le risque d'erreur médicale ?

4. Comment gérez-vous l'erreur médicale dans votre pratique ?

5. Que pourrait-on proposer à l'échelle d'une population globale de médecins généralistes pour améliorer la gestion de l'erreur médicale ?

CLASSIFICATION DES DONNEES RECUEILLIES

I. Perception de l'erreur médicale par les participants

A. Définitions

1. Erreur médicale

- **Difficile de définir l'erreur** (*Entretien 14 / 1 citation*)
- **Différentes sortes d'erreurs** (*Entretien 1, 19 / 2 citations*)
- **Erreur de jugement** (*Entretiens 16, 19 / 3 citations*)
- **Erreur diagnostique** (*Entretiens 1, 2, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19 / 23 citations*)
- **Erreur de prise en charge** (*Entretiens 14, 17 / 2 citations*)
- **Erreur thérapeutique** (*Entretiens 1, 3, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 19 / 11 citations*)
- **Erreur d'orientation** (*Entretien 13 / 2 citations*)
- **Erreur par manque de moyens** (*Entretiens 1, 17 / 3 citations*)
- **Se donner les moyens sans aboutir** (*Entretiens 3, 4, 5, 7 / 4 citations*)
- **Erreur par défaut comportemental et/ou éthique** (*Entretiens 1, 4, 13 / 3 citations*)
- **Erreur évitable** (*Entretiens 1, 11 / 2 citations*)
- **Erreur par oubli** (*Entretien 6 / 1 citation*)
- **Erreur administrative** (*Entretien 19 / 1 citation*)
- **Erreur par manque d'information et/ou d'explication** (*Entretien 6 / 1 citation*)
- **Caractère inconscient de l'erreur** (*Entretien 12, 16, 17, 20 / 5 citations*)
- **Erreur si préjudice pour le patient** (*Entretiens 8, 11, 14, 15, 17, 20 / 11 citations*)
- **Non-respect des recommandations** (*Entretiens 8, 18, 20 / 4 citations*)
- **Erreur à évaluer selon la gravité** (*Entretiens 1, 2, 5, 7, 8, 9, 14, 15, 16 / 13 citations*)
- **Soupçon d'erreur si décès inexpliqué** (*Entretien 7 / 1 citation*)
- **Erreur partagée** (*Entretiens 7, 11, 16, 17, 19 / 11 citations*)
- **Rejet du terme d'erreur** (*Entretiens 6, 16 / 4 citations*)
- **Erreur associée au caractère médico-légal** (*Entretien 3 / 1 citation*)
- **Distinguer l'erreur de la complication** (*Entretien 14 / 2 citations*)
- **Perception différente de l'erreur par la société** (*Entretiens 6, 17, 19 / 4 citations*)

2. Faute

- **Confusion entre erreur et faute** (*Entretiens 2, 4, 7, 9, 13, 18, 19 / 11 citations*)
- **Défaut de moyens** (*Entretiens 1, 3, 5, 6, 8, 11, 14, 16 / 14 citations*)
- **Non-respect des recommandations** (*Entretiens 7, 8, 9, 11, 12, 16, 20 / 7 citations*)
- **Faute si on ne fait pas son travail** (*Entretiens 1, 7 / 3 citations*)
- **Négligence** (*Entretiens 1, 7 / 4 citations*)
- **Faute si caractère conscient de l'erreur** (*Entretien 10, 12, 16, 18, 20 / 6 citations*)
- **Faute si préjudice** (*Entretien 4 / 1 citation*)
- **Erreur flagrante non corrigée** (*Entretien 17 / 1 citation*)
- **Faute sur le plan juridique** (*Entretien 8 / 1 citation*)
- **Culpabilité si faute** (*Entretiens 1, 8, 9, 11 / 6 citations*)

- **Faute plus grave que l'erreur** (*Entretiens 7, 9, 10, 11 / 6 citations*)
- **Faute si conséquences graves** (*Entretien 5 / 1 citation*)
- **Faute moins grave que l'erreur** (*Entretien 15 / 1 citation*)

3. Autres termes évoqués

- **Évènement indésirable associé aux soins** (*Entretien 16 / 2 citations*)
- **Aléa thérapeutique** (*Entretiens 14, 20 / 2 citations*)
- **Échec** (*Entretien 5 / 2 citations*)
- **Omissions** (*Entretien 6 / 2 citations*)

B. Fréquence et risque

- **Risque inhérent à la pratique de la médecine générale, fatalité** (*Entretiens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20 / 64 citations*)
- **Risque de procédure moindre en médecine générale que pour d'autres spécialités** (*Entretiens 6, 8, 9, 16, 19 / 10 citations*)
- **Crainte et anxiété liées au risque d'erreur médicale** (*Entretiens 1, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 18, 20 / 34 citations*)
- **Absence d'anxiété liée au risque d'erreur médicale** (*Entretiens 15, 16 / 2 citations*)
- **Risque d'erreur médicale toujours ou fréquemment à l'esprit** (*Entretiens 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 / 25 citations*)
- **Risque d'erreur médicale occasionnellement à l'esprit** (*Entretien 4 / 1 citation*)
- **Risque d'erreur médicale rarement ou jamais à l'esprit** (*Entretiens 6, 11 / 3 citations*)
- **Responsabilité lourde et exigence importante** (*Entretiens 1, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 17, 19 / 20 citations*)
- **Facteurs de risque d'erreur médicale en médecine générale**
 - **Erreur médicale d'origine multifactorielle** (*Entretien 14 / 1 citation*)
 - **Isolement et solitude du médecin généraliste** (*Entretiens 1, 3, 4, 5, 12, 17, 20 / 12 citations*)
 - **Incertitude** (*Entretiens 1, 3, 4, 5, 8, 12, 14, 16, 17, 18, 20 / 28 citations*)
 - **Manque de temps des médecins généralistes** (*Entretiens 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 17, 18, 19 / 18 citations*)
 - **Problème de langage** (*Entretien 6 / 5 citations*)
 - **Patients non connus et/ou non suivis** (*Entretien 7 / 4 citations*)
 - **Manque de moyens et d'informations pour trancher** (*Entretiens 8, 12, 17, 19 / 8 citations*)
 - **Manque de communication avec les confrères spécialistes** (*Entretiens 11, 12 / 4 citations*)
 - **Manque de disponibilité des médecins spécialistes** (*Entretiens 7, 9 / 4 citations*)
 - **Préjugés du médecin sur certains patients** (*Entretiens 7, 19 / 4 citations*)
 - **Nomadisme médical** (*Entretien 7 / 1 citation*)
 - **Docteur Google** (*Entretien 10 / 1 citation*)
 - **Formation hospitalo-universitaire inadaptée à la médecine générale** (*Entretiens 4, 8, 9, 11, 12, 13, 17, 19, 20 / 15 citations*)
 - **Réticence du patient à aller aux urgences ou à être hospitalisé** (*Entretiens 7, 17 / 6 citations*)

- **Mauvais accueil des personnes âgées aux urgences** (*Entretien 17 / 2 citations*)
- **Réticence du patient à appeler le SAMU** (*Entretien 17 / 2 citations*)
- **Manque de cadre de la profession** (*Entretien 6 / 1 citation*)
- **Hyper-sollicitation, surcharge de travail et mauvaises conditions de travail** (*Entretiens 1, 2, 4, 6, 7, 10, 13, 14, 17, 19 / 24 citations*)
- **Faiblesses et limites personnelles du médecin** (*Entretiens 1, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 19 / 30 citations*)
- **Limites et manque d'éducation du patient** (*Entretiens 1, 11, 19 / 18 citations*)
- **Difficultés à suivre les recommandations en pratique** (*Entretiens 6, 20 / 4 citations*)
- **Difficultés rencontrées pour hospitaliser un patient** (*Entretiens 6, 17 / 7 citations*)
- **Contrôle des prescriptions par la CPAM** (*Entretien 17 / 4 citations*)
- **Quête d'un rendement quantitatif ou économique au détriment du patient** (*Entretiens 4, 6, 10 / 4 citations*)
- **Évolution rapide de la médecine** (*Entretien 5, 16 / 4 citations*)
- **Contexte économique non favorable** (*Entretien 17 / 1 citation*)
- **Malveillance des patients** (*Entretien 19 / 2 citations*)
- **Délais longs des examens complémentaires** (*Entretien 17 / 1 citation*)

II. Prévention de l'erreur médicale

A. Santé du médecin

1. Moyens utilisés par les participants

- **Bien-être, hygiène de vie et sport** (*Entretiens 4, 6, 10, 11, 19 / 10 citations*)
- **Se ménager** (*Entretiens 6, 11, 19 / 8 citations*)
- **Santé physique et psychique** (*Entretiens 3, 6, 11, 19 / 5 citations*)
- **Féminisation de la profession** (*Entretien 5 / 1 citation*)
- **Formation sur le burn-out des médecins** (*Entretien 5 / 2 citations*)

2. Perspectives d'amélioration suggérées par les participants

- **Médecine du travail** (*Entretien 11 / 6 citations*)
- **Encadrer davantage l'exercice de la profession** (*Entretiens 6, 8, 11, 19 / 7 citations*)
- **Augmenter le nombre de praticiens** (*Entretien 17 / 3 citations*)
- **Sensibiliser la classe politique sur le sujet** (*Entretien 17 / 3 citations*)

B. Formation, Recherche et Expérience

1. Moyens utilisés par les participants

- **Bonne formation en France** (*Entretiens 4, 6, 8, 11, 17 / 6 citations*)
- **Progrès en termes de formation universitaire de la médecine générale** (*Entretiens 11, 17 / 4 citations*)
- **Se remettre en question, ne pas se reposer sur ses acquis** (*Entretiens 3, 4, 5, 8, 12, 13, 15, 16, 17, 20 / 15 citations*)

- **Être à jour dans ses connaissances et les nouvelles recommandations** (*Entretiens 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 15, 16, 18 / 19 citations*)
- **Formation de manière générale et formation médicale continue** (*Entretiens 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 20 / 26 citations*)
- **Choisir des formations selon ses points d'intérêt** (*Entretiens 3, 11 / 3 citations*)
- **Stage chez le praticien** (*Entretien 17 / 4 citations*)
- **Stage SASPAS** (*Entretien 8 / 5 citations*)
- **Presse médicale** (*Entretiens 10, 16, 18 / 4 citations*)
- **Congrès médicaux** (*Entretiens 14, 17 / 3 citations*)
- **Formation par les laboratoires** (*Entretiens 13, 19 / 2 citations*)
- **Formation par les livres** (*Entretiens 12, 13 / 4 citations*)
- **Formation à des actes techniques** (*Entretien 14 / 1 citation*)
- **Culture générale et ouverture d'esprit** (*Entretiens 4, 13, 17 / 4 citations*)
- **Associations de professionnels de santé** (*Entretien 4 / 3 citations*)
- **Groupes de paires ou équivalents** (*Entretiens 3, 4, 7, 10, 11, 14, 16, 18 / 17 citations*)
- **Confusion entre groupes de paires et RMM** (*Entretiens 3, 13, 14 / 4 citations*)
- **Enseignement et accueil des internes** (*Entretiens 5, 7, 14, 16 / 7 citations*)
- Participer à des travaux de recherche
- **Tirer des enseignements de ses propres erreurs** (*Entretiens 12, 13, 14, 16, 17, 18 / 13 citations*)
- **Tirer des enseignements des erreurs des autres** (*Entretiens 15, 16, 18 / 5 citations*)
- **Formations sur les thématiques de l'éthique et de la relation médecin malade** (*Entretien 13 / 3 citations*)
- **Mettre en pratique ce qu'on apprend** (*Entretien 15 / 1 citation*)
- **Rapports de sinistralité envoyés par les assurances** (*Entretien 15 / 1 citation*)
- **Formation sur le burn-out des médecins** (*Entretien 5 / 2 citations*)

2. Perspectives d'amélioration suggérées par les participants

- **Insister sur la formation de manière générale** (*Entretiens 2, 3, 5, 10, 11, 14, 15 / 9 citations*)
- **Manque de place et d'information sur les formations continues existantes** (*Entretiens 12, 13, 14, 20 / 6 citations*)
- **Enseigner l'humilité** (*Entretiens 3, 8, 12, 14, 16, 17, 19 / 11 citations*)
- **Insister sur la formation pratique et orientée en médecine générale** (*Entretiens 4, 9, 11, 14, 17 / 12 citations*)
- **Augmenter la participation des médecins généralistes aux formations** (*Entretiens 2, 4, 8, 11, 12, 14, 18, 19 / 25 citations*)
- **Réévaluer l'aptitude des médecins généralistes** (*Entretiens 3, 19 / 5 citations*)
- **Faire des formations sur la thématique de l'erreur médicale** (*Entretiens 2, 8, 12, 13 / 8 citations*)
- **Faire des formations sur la thématique de l'éthique médicale** (*Entretiens 4, 13 / 7 citations*)
- **Développer davantage les groupes de paires ou équivalents** (*Entretiens 4, 13, 14, 16, 20 / 10 citations*)
- **Développer des groupes d'évaluation de pratiques professionnelles** (*Entretiens 16, 20 / 2 citations*)
- **Développer la pratique de RMM** (*Entretiens 3, 13, 16 / 3 citations*)

- **Augmenter la participation des médecins généralistes à des projets de recherche** (*Entretien 14 / 3 citations*)
- **Faires davantage d'études sur le thème de l'erreur médicale en médecine générale** (*Entretien 12 / 3 citations*)
- **Proposer davantage de formations** (*Entretiens 13, 18 / 3 citations*)

C. Équipement du cabinet médical

1. Moyens utilisés par les participants

- **Amélioration des équipements techniques** (*Entretiens 1, 7, 16 / 4 citations*)
- **Livres, ouvrages en tout genre** (*Entretiens 5, 9, 10, 12, 13 / 12 citations*)
- **Pense-bête** (*Entretien 10 / 1 citation*)
- **Informatique**
 - **Ordinateur** (*Entretiens 1, 7 / 3 citations*)
 - **Smartphone** (*Entretiens 6, 12, 15, 19 / 7 citations*)
 - **Logiciels d'aide à la prescription** (*Entretiens 1, 5, 6, 7, 9, 13, 16, 19 / 11 citations*)
 - **Logiciel de gestion des dossiers patients** (*Entretiens 7, 16 / 3 citations*)
 - **Accès à distance au dossier médical** (*Entretien 2 / 1 citation*)
 - **Internet** (*Entretiens 4, 5, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 19 / 13 citations*)
- **Avantages des équipements techniques du cabinet** (*Entretiens 6, 7, 12, 15 / 6 citations*)
- **Risques des équipements techniques** (*Entretiens 6, 9, 10, 11, 13 / 11 citations*)

2. Perspectives d'amélioration suggérées par les participants

- **Améliorer les équipements techniques du cabinet** (*Entretiens 1, 6 / 3 citations*)
- **Intégrer des grilles décisionnelles dans les logiciels** (*Entretien 2 / 1 citation*)

D. Temps de la consultation

1. Moyens utilisés par les participants

- **Attitude sereine et détendue** (*Entretien 19 / 4 citations*)
- **Refuser des nouveaux patients** (*Entretien 10 / 1 citation*)
- **Prudence à la rédaction des certificats médicaux** (*Entretien 5 / 1 citation*)
- **Contrôle du stock de médicaments au domicile du patient** (*Entretien 19 / 2 citations*)
- **Médecin non infailible, humilité en général** (*Entretiens 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 19 / 38 citations*)
- **Humilité devant le patient** (*Entretiens 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 19 / 28 citations*)
- **Patient compréhensif et rassuré par l'humilité du médecin** (*Entretiens 1, 3, 7, 8, 12, 19 / 10 citations*)
- **Adapter l'interrogatoire si régulation au téléphone** (*Entretien 19 / 2 citations*)
- **Consulter le carnet de santé** (*Entretien 11 / 1 citation*)
- **Mettre le patient en confiance, le rassurer** (*Entretiens 11, 17, 19 / 8 citations*)
- **Être soucieux de la relation de confiance médecin malade** (*Entretiens 3, 4, 9, 11, 14, 17, 19 / 12 citations*)

- **Bien connaître ses patients** (*Entretiens 10, 17 / 7 citations*)
- **Modèle informatif versus modèle paternaliste** (*Entretiens 5, 8, 14 / 4 citations*)
- **Avoir une conscience professionnelle et le souci du patient** (*Entretiens 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 17, 20 / 37 citations*)
- **Empathie** (*Entretien 11 / 2 citations*)
- **Recourir à un interprète si besoin** (*Entretien 6 / 1 citation*)
- **Réfléchir, analyser, comprendre et garder un esprit critique** (*Entretiens 4, 5, 10, 12, 16 / 8 citations*)
- **Vérifier, chercher quand on ne sait pas** (*Entretiens 7, 8, 9, 10, 12, 18 / 13 citations*)
- **Prendre le temps nécessaire** (*Entretiens 2, 6, 8, 10, 12, 18, 19 / 14 citations*)
- **Avoir une trame de travail** (*Entretien 3 / 2 citations*)
- **Optimiser et organiser le temps** (*Entretien 6 / 4 citations*)
- **Écouter le patient et/ou ses proches** (*Entretiens 4, 5, 9, 10, 16 / 7 citations*)
- **Écouter le personnel soignant le cas échéant** (*Entretiens 6, 10 / 2 citations*)
- **Être systématique dans l'interrogatoire et l'examen physique** (*Entretiens 1, 2, 3, 10, 11, 14, 19 / 19 citations*)
- **Prudence et vigilance permanente** (*Entretiens 1, 2, 5, 9, 10, 13, 14, 16, 17 / 21 citations*)
- **Vigilance accrue en cas de pathologie aiguë** (*Entretiens 1, 2, 5, 10, 19 / 5 citations*)
- **Se méfier de certains diagnostics différentiels** (*Entretiens 2, 3, 4, 5, 8, 10 / 17 citations*)
- **Se méfier de certaines situations inhabituelles** (*Entretien 5 / 4 citations*)
- **Penser au risque d'erreur si doute** (*Entretiens 18, 20 / 4 citations*)
- **Relire systématiquement les ordonnances avant de les donner** (*Entretiens 9, 13, 16 / 4 citations*)
- **Élaborer une stratégie de prise en charge et une trajectoire de santé pour le patient** (*Entretiens 2, 3, 6, 7, 8, 14 / 18 citations*)
- **Anticiper les évolutions défavorables**
 - **Ordonnance et/ou courrier de secours** (*Entretien 2 / 2 citations*)
 - **Assurer le suivi des patients** (*Entretiens 2, 14, 18 / 4 citations*)
 - **Dire au patient de rappeler, re-consulter ou d'appeler le SAMU si besoin** (*Entretiens 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 15, 20 / 18 citations*)
 - **Se rendre disponible** (*Entretiens 1, 7, 17 / 4 citations*)
 - **Rappeler et/ou revoir les patients** (*Entretiens 1, 2, 7, 8, 11, 18, 20 / 18 citations*)
- **Orienter les patients et/ou leur prendre les rendez-vous si besoin** (*Entretiens 1, 2, 18, 19 / 5 citations*)
- **Éduquer le patient** (*Entretien 19 / 5 citations*)
- **Programmer des examens à l'avance** (*Entretien 2 / 1 citation*)
- **Donner une information claire, dialoguer, citer les signes alarmants** (*Entretiens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 12, 13, 14, 19, 20 / 31 citations*)
- **Adapter la prise en charge au niveau de compréhension du patient et/ou de son entourage** (*Entretiens 8, 20 / 2 citations*)
- **Adapter la prise en charge aux antécédents et au terrain** (*Entretiens 19, 20 / 3 citations*)
- **Faire confiance au patient, obtenir une adhésion à la prise en charge** (*Entretiens 8, 12, 14 / 4 citations*)
- **Bien tenir son dossier médical patient** (*Entretiens 1, 2, 3, 16 / 4 citations*)

- **Ne pas se laisser distraire par la crainte des répercussions des erreurs sur soi-même** (*Entretiens 3, 6 / 4 citations*)
- **Ne pas travailler dans la crainte de l'erreur médicale** (*Entretiens 7, 8 / 4 citations*)
- **Bonne prévention si stress et crainte de se tromper** (*Entretiens 8, 10, 17 / 9 citations*)
- **Apport lié à l'expérience** (*Entretiens 5, 7, 8, 13, 16, 17, 20 / 17 citations*)
- **Intuition et flair** (*Entretiens 5, 9, 10 / 9 citations*)

2. Perspectives d'amélioration suggérées par les participants

- **Développer des grilles décisionnelles** (*Entretien 2 / 1 citation*)
- **Check-up à remplir à l'issue de chaque consultation** (*Entretien 5 / 1 citation*)
- **Éducation du patient** (*Entretiens 8, 12, 17, 19 / 11 citations*)
- **Améliorer notre communication avec le patient** (*Entretien 6 / 2 citations*)
- **Réhabiliter l'examen clinique** (*Entretien 10 / 1 citations*)
- **Valoriser financièrement les actes longs et/ou compliqués** (*Entretien 6 / 2 citations*)

E. Travail collaboratif

1. Moyens utilisés par les participants

- **Activité en cabinet d'association, voire en maison de santé pluridisciplinaire** (*Entretiens 3, 5, 9, 13, 14, 16, 17, 18, 20 / 15 citations*)
- **Activité en temps continu** (*Entretien 14 / 2 citations*)
- **Appels et échanges entre confrères, collégialité** (*Entretiens 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 20 / 27 citations*)
- **Prescrire des examens complémentaires** (*Entretiens 2, 7, 9, 10, 11, 15, 18 / 13 citations*)
- **Faire des courriers** (*Entretiens 2, 6, 12 / 3 citations*)
- **Adresser à un confrère libéral ou hospitalier** (*Entretiens 1, 2, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 15, 17, 20 / 23 citations*)
- **Avoir un réseau de confrères dans d'autres spécialités** (*Entretiens 4, 5, 10, 20 / 4 citations*)
- **Travailler en réseau de santé de proximité** (*Entretiens 6, 7, 16 / 4 citations*)
- **Rôle important du pharmacien** (*Entretiens 6, 9, 10, 13, 16 / 7 citations*)
- **Conserver une activité hospitalière** (*Entretien 4 / 4 citations*)

2. Perspectives d'amélioration suggérées par les participants

- **Développer et généraliser le DMP** (*Entretiens 1, 19 / 12 citations*)
- **Améliorer la communication et la coopération avec les confrères libéraux et hospitaliers** (*Entretiens 1, 7, 9, 12, 16, 20 / 13 citations*)
- **Développer une culture de travail collaboratif, en réseau** (*Entretiens 6, 16, 19, 20 / 11 citations*)
- **Développer l'activité mixte ambulatoire et hospitalière** (*Entretien 4 / 2 citations*)
- **Limiter l'isolement des médecins** (*Entretiens 4, 6, 11, 20 / 4 citations*)
- **Faciliter l'accès aux examens complémentaires, hospitalisations et avis spécialisés pour les personnes à mobilité réduite** (*Entretien 17 / 6 citations*)
- **Développer la pratique de RMM** (*Entretiens 3, 13, 16 / 3 citations*)

- **Promouvoir davantage l'installation en association et en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP)** (*Entretiens 5, 19 / 2 citations*)
- **Sensibiliser la classe politique sur le sujet** (*Entretien 17 / 3 citations*)
- **Améliorer l'offre de soin et les structures d'accueil pour les personnes âgées** (*Entretien 17 / 2 citations*)

III. Gestion de l'erreur médicale

A. Gestion des conséquences sur le patient et/ou son entourage

1. Conséquences redoutées

- **Préjudice pour le patient et ses proches** (*Entretiens 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 20 / 19 citations*)

2. Moyens utilisés par les participants

- **Informé en amont le patient des risques de complications** (*Entretien 2 / 1 citation*)
- **Dire en amont au patient de rappeler si besoin** (*Entretiens 2, 12 / 2 citations*)
- **Stratégie de récupération** (*Entretiens 2, 8, 14 / 4 citations*)
- **Rappeler et/ou revoir le patient** (*Entretiens 1, 16, 17, 20 / 8 citations*)
- **Essayer de réparer ou minimiser l'erreur** (*Entretiens 1, 7, 13, 16, 17, 19, 20 / 15 citations*)
- **Compatir avec le patient** (*Entretien 17 / 3 citations*)
- **Adresser à un confrère libéral ou hospitalier** (*Entretien 1 / 3 citations*)
- **Impuissance après erreur** (*Entretien 18 / 2 citations*)

3. Perspectives d'amélioration suggérées par les participants

- **Éducation du patient** (*Entretiens 8, 12, 17, 19 / 11 citations*)
- **Formation à la gestion de l'erreur médicale** (*Entretiens 8, 9, 15 / 6 citations*)
- **Faires davantage d'études sur le thème de l'erreur médicale en médecine générale** (*Entretien 12 / 3 citations*)

B. Gestion des conséquences sur la relation médecin malade

1. Conséquences redoutées

- **Cassure de la relation de confiance** (*Entretiens 4, 12 / 2 citations*)
- **Choix des patients et/ou de l'entourage de changer de médecin** (*Entretiens 11 / 2 citations*)

2. Moyens utilisés par les participants

- **Avoir une bonne relation avec ses patients en amont** (*Entretien 17 / 1 citation*)
- **Préserver la relation de confiance médecin malade** (*Entretiens 3, 7, 10, 11, 14, 15, 16, 19 / 10 citations*)
- **Être honnête et humble** (*Entretiens 1, 5, 11, 12, 14, 17, 19 / 16 citations*)

- **Expliquer et/ou s'excuser, assumer sa responsabilité** (*Entretiens 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 / 41 citations*)
- **Ne plus suivre les patients en cas d'erreur ou de procédures judiciaires** (*Entretiens 10, 11 / 3 citations*)

3. Perspectives d'amélioration suggérées par les participants

- **Éducation du patient** (*Entretiens 8, 12, 17, 19 / 11 citations*)
- **Formation à la gestion de l'erreur médicale** (*Entretiens 8, 9, 15 / 6 citations*)
- **Recherche sur le thème de l'erreur médicale** (*Entretien 12 / 3 citations*)

C. Gestion des conséquences sur soi-même

1. Conséquences redoutées

- **Conséquences sur la santé du médecin** (*Entretien 17 / 2 citations*)
- **Conséquences psychologiques** (*Entretiens 4, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20 / 47 citations*)
- **Panique** (*Entretiens 1, 5 / 4 citations*)
- **Honte** (*Entretiens 16, 19 / 4 citations*)
- **Sentiment de culpabilité, reproche du patient et/ou de l'entourage** (*Entretiens 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20 / 34 citations*)
- **Isolement en cas d'erreur ou de faute** (*Entretiens 1, 5, 7 / 13 citations*)
- **Manque de solidarité entre médecins** (*Entretiens 7, 11, 19 / 9 citations*)
- **Mauvaise réputation auprès des patients, des confrères et des salariés** (*Entretiens 7, 8, 10, 11, 13, 19 / 7 citations*)
- **Procédures judiciaires** (*Entretiens 6, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 20 / 35 citations*)
- **Médecin, premier responsable** (*Entretien 19 / 2 citations*)
- **Volet juridique de la profession mal connu, mal défini, avec un sentiment d'impuissance** (*Entretien 4, 6, 8, 13, 20 / 10 citations*)
- **Sentiment d'impuissance en cas de procédure judiciaire** (*Entretiens 19, 20 / 4 citations*)
- **Sanctions** (*Entretiens 4, 8, 9, 13 / 5 citations*)
- **Absence de crainte de sanctions** (*Entretien 11 / 2 citations*)
- **Abandonner la médecine générale** (*Entretien 10 / 2 citations*)

2. Moyens utilisés par les participants

- **Ne pas dramatiser si erreur sans conséquences** (*Entretiens 1, 2, 8, 13, 16 / 7 citations*)
- **Modèle informatif versus modèle paternaliste** (*Entretiens 5, 8, 14 / 4 citations*)
- **Se soutenir et se conseiller entre confrères** (*Entretien 19 / 1 citation*)
- **Gérer les conséquences émotionnelles**
 - **Avoir un bon équilibre de vie** (*Entretien 4 / 2 citations*)
 - **Positiver, trouver la motivation de continuer malgré les difficultés** (*Entretiens 10, 16 / 4 citations*)
 - **Avoir la conscience tranquille** (*Entretien 5 / 1 citation*)
 - **Être humble et fataliste, accepter qu'on ne sauve pas tout le monde** (*Entretiens 5, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 17, 19 / 17 citations*)
 - **Parler au patient et/ou à sa famille** (*Entretien 7, 16, 17 / 10 citations*)

- **Se confier** (*Entretiens 10, 11 / 3 citations*)
- **Se confier à un confrère** (*Entretiens 5, 7, 10, 11, 16 / 11 citations*)
- **Exercice en cabinet d'association** (*Entretiens 5, 11 / 5 citations*)
- **Psychothérapie** (*Entretiens 13, 19 / 6 citations*)
- **Traitements médicamenteux anxiolytiques et hypnotiques** (*Entretiens 10, 11, 17 / 8 citations*)
- **Assurance professionnelle** (*Entretiens 10, 18, 19 / 13 citations*)
- **Adapter son activité** (*Entretien 19 / 2 citations*)
- **Gérer les conséquences judiciaires**
 - **Avoir en amont une bonne relation médecin malade** (*Entretiens 5, 7, 8, 9, 17, 19 / 11 citations*)
 - **Se couvrir en amont**
 - **En refusant de nouveaux patients** (*Entretien 10 / 1 citation*)
 - **En refusant de pratiquer certains actes** (*Entretien 19 / 1 citation*)
 - **Par des examens complémentaires** (*Entretiens 2, 7, 10 / 6 citations*)
 - **Par une prise de décision collégiale** (*Entretien 4, 14 / 2 citation*)
 - **Par une bonne observation dans le dossier patient** (*Entretiens 2, 3, 4, 6, 10, 19 / 9 citations*)
 - **Par une bonne prise en charge** (*Entretien 14 / 1 citation*)
 - **En adressant à un confrère** (*Entretiens 6, 8, 10, 17 / 4 citations*)
 - **Assumer sa responsabilité** (*Entretien 19 / 2 citations*)
 - **Se faire conseiller par un confrère** (*Entretien 19 / 1 citation*)
 - **Avocat** (*Entretiens 10, 11, 19 / 4 citations*)
 - **Assurance professionnelle** (*Entretiens 10, 18, 19 / 13 citations*)
- **Impuissance après erreur** (*Entretien 18 / 2 citations*)

3. Perspectives d'amélioration suggérées par les participants

- **Santé du médecin** (*Entretien 11 / 1 citations*)
- **Promouvoir l'installation en association** (*Entretiens 11, 19 / 2 citations*)
- **Formation à la gestion de l'erreur médicale** (*Entretiens 8, 9, 15, 20 / 7 citations*)
- **Formation sur le plan juridique** (*Entretiens 18, 20 / 2 citations*)
- **Place de l'Ordre des médecins** (*Entretien 4 / 2 citations*)
- **Indemniser les médecins impliqués dans des procédures sans inculpation** (*Entretien 10 / 6 citations*)
- **Enregistrer systématiquement les consultations** (*Entretien 6 / 6 citations*)
- **Refuser de voir en urgence les patients qu'on ne connaît pas** (*Entretien 7 / 1 citation*)
- **Recherche sur le thème de l'erreur médicale** (*Entretien 12 / 3 citations*)
- **Développer davantage les groupes Balint** (*Entretiens 4, 20 / 2 citations*)
- **Soutien psychologique pour les médecins concernés** (*Entretien 10 / 2 citations*)

D. Enseignements retirés

- **Comprendre ses erreurs et en tirer des enseignements** (*Entretiens 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19 / 29 citations*)
- **Pas de changement de la pratique suite à une erreur** (*Entretien 6 / 1 citation*)

Entretien 1**Profil du participant :**

Code participant	1
Sexe	Femme
Age (ans)	69
Durée d'exercice (ans)	42
Zone d'activité	Semi-rurale, ZRR
Mode d'installation	Individuel
Maître de stage	Non
Spécificité de l'activité	/

Contexte de l'entretien :

Lieu de l'entretien	Cabinet Médical
Durée de l'entretien (mn)	36

Transcription de l'entretien :

Gras : Intervieweur

Normal : Interviewé

[...] : Paratexte

[Début de la transcription]

Donc, alors pour commencer, la première chose... qui m'intéresserait de savoir, c'est quelle est la façon dont vous vous voyez l'erreur médicale. Pour vous, qu'est-ce que ça veut dire ? Qu'est-ce que ça signifie ?

5

Bon. Alors déjà, pour commencer euh... si vous voulez, l'erreur médicale... j' pense que c'est... c'est quelque chose qui peut arriver à tout l' monde. Malheureusement hein, c'est quelque chose qui peut arriver à tout le monde. Alors, est-ce que... le problème c'est qu' j' pense qu' y a différentes sortes d'erreurs... médicales. Hein. Bon alors si c'est une erreur méd... par exemple on dit une erreur de décol... médicale par manque de moyens. C'est-à-dire par exemple, le médecin il a pas fait faire le scanner, il a pas fait faire ci, il a pas fait faire ça. Donc, c'est le genre de choses dont on peut l'accuser et dire « Bon, vous avez fait une erreur parce que vous n'avez pas su mettre les moyens qu'il fallait pour pour détecter la maladie ou des choses comme ça. ». Bon, ça c'est une chose. Puis y a l'autre façon éventuellement, par exemple une erreur médicale c'est... de... de donner un médicament qui faut pas. Quelqu'un qui est par exemple allergique à la Péni, on lui donne... il fait un choc... [silence]. Bon ça ! C'est un truc aussi. Alors, quand c'est des choses comme ça, si c'est un patient qu'on connaît... ben on devrait d'toute façon, même si c'est un patient qu'on connaît pas, on doit en faire la d... enfin, moi je sais que... moi j'le... vous voyez... c'est pareil, comment dire, on a toujours ça dans la tête. MOI j'ai toujours ça dans la tête, de l'erreur... de pas faire une erreur. Moi j'ai toujours ça dans la tête. Depuis qu' j'ai commencé mes... depuis que j'ai commencé mon installation. Donc ce qui fait que y a des choses, j'essaie de faire systématiquement. Donc par exemple, les allergies, moi j'demande systématiquement aux gens. « Vous avez déjà eu la Pénicilline ? Vous avez eu une allergie avec un médicament ? Vous avez... » Toujours... parce que je m'dis « Bon, au moins là ça, il faut pas que j'fasse, cette cette... » ... « Vous avez des antécédents gastriques ?

25

30 Vous avez des... ? » Vous voyez ? Euh... Pas... pas... pas donner le médicament qu'il faut pas justement dans ces cas-là. Donc ça c'est... On essaie de... d'éviter l'erreur. Donc y a certains trucs systématiques que j'fais. Donc ça, les médicaments, j'demande systématiquement l'allergie, tatati tatata, donc sur les antécédents des gens, ça je crois qu'il faut faut tacher de l'faire, systématiquement. Et d'la même manière, même si c'est des gens que j'connais en principe, disons j'les connais, mais j'leur demande quand même.

Mh.

35 À chaque fois, que j'vais prescrire un antibio, c'est mon réflexe. « Vous êtes pas allergique à la Pénicilline ? Vous n'avez pas d'allergie aux antibiotiques ? » Vous voyez ? Tac !

Et puis y a des allergies qui commencent... à un âge avancé des fois.

40 Oui ! Oui, oui. Y en a. Moi j'ai... moi j'ai... ça je me... ça je me souviens très bien de quelqu'un, qui... qui a qui a fait une allergie effectivement euh... euh... pff ça faisait des années qu'elle faisait des angines à répétition, des choses comme ça. Elle avait d'la Pénit tout le temps. Et à un moment donné, elle est devenue allergique. C'est arrivé. C'est arrivé. Mais enfin, ça
45 c'est des choses... comme on dit, presque impondérables, des trucs qui peuvent arriver. Mais, il faut... enfin moi je... moi j'estimais de mon côté avoir fait mon boulot en disant, demandant « est-ce que vous avez... ? » Voilà.

Donc vous vous prenez vos précautions, et puis après malgré tout cela, ...

50 Voilà, il peut y arriver...

... le risque zéro n'existe pas.

55 ... il peut arriver quelque chose. Voilà. Donc euh... Si vous voulez donc les... les différentes erreurs médicales évidemment hein... Bon alors, sinon une erreur... une erreur de diagnostic euh euh ça j'crois qu'on est... personne n'est à l'abris. Hein ! Il faut... faut toucher du bois, vraiment. [Touche en même temps son bureau]

60 **Mh.**

On essaie de faire s... son boulot du mieux possible. Mais effectivement, on... on on n'est pas à l'abris hein. La seule chose c'est que effectivement c'qui... il faut essayer de de se... par exemple, pas de négligence. V'voyez ? Enfin, disant « Celui-là ben il a rien, d'façon il... il se
65 plaint toujours pour rien ». V'voyez !

Mh.

70 Ça, faut pas faire. V'voyez ça... enfin moi j'ai toujours essayé de pas l'faire ! [Rires]

D'accord.

75 Hein ? V'voyez, c'est-à-dire que... parce que ça... c'est aussi... des fois on croit... trop connaître quelqu'un, et puis finalement... on t... on on fait pas attention à c'qu'il dit. On l'écoute pas assez ou... ou on fait pas attention à ses symptômes. Et... et c'est là pour le coup qu'il a vraiment quelqu'un chose quoi. V'voyez ?

Mh.

80 Donc euh... c... c'est... voilà. Donc y... y a beaucoup d'erreurs qu'on peut essayer d'éviter.

D'accord. Vous avez parlé des erreurs euh au niveau du traitement.

Voilà.

85 **Dans les précautions qu'on ne prendrait pas forcément dans le traitement.**

Voilà voilà. Ouais, voilà.

Vous avez parlé des erreurs aussi de diagnostic.

90

Ouais.

Est-ce qu'il pourrait y avoir aussi d'autres sources d'erreur ? D'autres causes d'erreur ?

95 Et ben... Et ben... Donc j'vous dis euh... les trucs de... de de diagnostic dans le sens que par exemple donc j'dis diagnostic erreur diagnostique par négligence, par insuffisance d'examen(s). Hein ? Oui. Et puis sinon... erreur euh... ben j'sais pas... qu'est-ce qui peut y avoir d'autre ?

100 **Bon, mais c'est peut-être tout.**

Erreur... pour moi c'est les principaux... pour moi c'est les principales.

Mh. Et comment vous feriez la distinction avec... entre l'erreur et la faute ?

105

Ah ! Alors là ! [Hésitation] Si vous voulez, l'erreur euh... justement ça... euh... comment dire ? Dans le f... dans l'histoire de faute y a plus une culpabilité, justement c'est c'que j'vous dis, c'est par exemple quelqu'un... un patient que j'connais depuis longtemps, euh il vient il conti... vous savez y a des fois des gens des patients qui sont... un peu... justement euh... [peu audible : « pusilanide/pusillanime »] et puis... bon donc hein ! Qui ont... qui ont tendance à vous remplir la tête parce qu'ils parlent de plusieurs symptômes tout en même temps. Alors, si cette personne-là... je l'ai écouté d'une oreille... j'ai pas fait les examens qu'il fallait, ou j'ai pas préconisé les examens qu'il fallait, là moi j'estime que c'est une FAUTE de ma part. C'est PAS une erreur, ça. C'est moi qui ai fait une faute.

115

On en revient à ce que vous disiez...

Voilà.

120 **... tout à l'heure, c'est la négligence dont vous parliez tout à l'heure.**

Voilà ! Voilà. C'est de la négligence. ÇA c'est une faute pour moi ! Euh... une erreur j'vous dis, ben j'peux m'dire euh ben... il a pt'être un truc hépatique et puis finalement d'un seul coup ben c'est... c'est un truc rénal. V'voyez ? J'me suis gouré !

125

Mh.

Bon !

Ah oui mais c'est parfaitement cohérent comme...

130

Voilà ! Voilà.

Très bien.

135

Mais mais une faute, c... c... j'pense que... quand j... y a plus de de de ma part euh comment dire une... euh je me sens plus... [très hésitante tout du long] en défaut. Hein ! Quand y a une faute.

Ok.

140

Ça c'est moi qui ai pas bien fait mon boulot.

Mh.

145

Hein.

D'accord. Non... mais c'est bien, c'est intéressant. Et à quel moment vous y pensez ? Tout tout à l'heure vous m'avez dit un peu... tout le temps ?

150

Ben ouais. [Éclat de rire]

Tout le temps c'est-à-dire ? Vous pouvez développer ?

155

[En riant] Et ben c'est-à-dire que... j'ai attrapé des automatismes. Hein. V'voyez, au fur et à mesure de mon de mon de mon exercice, moi j... si vous voulez j'ai attrapé des automatismes. Je me dis « Alors attends, celui-là il vient il a mal au ventre euh... bon alors il faut que tu fasses gaffe parce que... tu sais » ... V'voyez, je rattache ça des fois à d'autres expériences que j'ai eu. Vous voyez celui-là, et ben... quand j'l'av... et j... j'avais eu à peu près le même cas et et c'était finalement quelque chose qui était à rattacher plutôt au rein ou au pancréas... V'voyez !
160 Donc ce qui fait que... j... j'essaie toujours de de... comment dire de de me projeter, en disant « Faut pas que t'oublies ça ! Faut pas que tu... tu taches de négliger ce symptôme-là parce que ça POURRAIT être ça ! ».

165

Mh. C'est quand vous parliez d'être systématique finalement dans votre... dans vos examens quoi. Du coup c'est c'est avec chaque patient ou c'est selon les diagnostics ? Selon les... motifs des consultations ?

170

Et ben... évidemment c'est selon le motif de consultation mais disons c'est sûr que si c'est le type qui vient pour le renouvellement de son ordonnance et tout ça, ça n'a rien à voir, vous voyez. Mais quelqu'un qui vient pour une symptomatologie aiguë, qui vient... Là on remet tout en question.

Mh.

175

Hein. Évidemment !

D'accord.

Hein.

180

Et, est-ce que par rapport à du coup dans... dans ces situations-là, donc avec un risque d'erreur dont on a parlé maintenant, est-ce que vous vous sentez armée avec vos compétences, avec vos moyens actuels ?

185

[Répond sans laisser la question se terminer] Ben, c'est-à-dire moi ça m'arrive... Mais vous savez que moi ça m'arrive des fois le soir de repenser à ce que j'ai fait la journée. Et je m'dis des fois « Mince ! T'aurais pt'être dû encore faire ça ! ». [Rire]

Ah, ça c'est...

190

Encore maintenant ! [Toujours en riant]

J'ai presque envie de dire que c'est normal.

195

Oui ! Oui oui. C'est normal.

C'est... alors finalement on travaille... c'est...

200

Mais si vous voulez, on n'est jamais trop sûr de ce qu'on a fait. C'est-à-dire que moi si vous voulez, par exemple si j'ai eu un cas dans la journée, ça m'arrive le soir j'dis « Mais merde ! J'aurais dû encore... encore lui faire cet examen. Euh... j'ai pas pensé. » V'voyez ! Et ça m'arrive, par exemple le lendemain, où où où au niveau de la biologie j'dis « Mais mince, j'aurais dû encore chercher ça ! », v'voyez ! Donc le lendemain matin, j'téléphone au labo « Il faut rajouter ça ! [Ton directif] ». V'voyez ! Donc si vous voulez euh... on a toujours euh ça n... Bon, on n'a jamais fini quoi. On est médecin, on... on y est tout le temps.

205

Mh.

V'voyez, on a posé le stylo puis on n'y pense plus. C'est pas vrai. [Petit rire]

210

Et en pratique, quel(s) moyen(s) vous vous utilisez pour, ben vous m'en avez déjà cité quelques-uns, euh... donc pour diminuer ce risque d'erreur ?

215

Et ben c'est-à-dire moi j'hésite pas, par contre je je sais que des fois moi je... j'hésite pas à reconnaître mes limites. Alors c'est-à-dire que moi j... moi j'hésite pas à envoyer chez les confrères hein.

Mh.

220

Chez les confrères spécialistes et tout. Moi j'hésite pas ! Ou même... hospitalier enfin...

Vous dites quoi à vos patients à ce moment-là ?

225

Ben écoutez je leur dis « Écoutez... votre cas... peut-être que euh ce serait peut-être mieux que vous soyez consulté par un par un de mes confrères qui est plus spécialisé, parce que, je n'voudrais pas passer à côté de quelque chose q... qui serait peut-être plus sérieux, ou ou un

diagnostic que je n'aurais pas euh évoqué ou pas fait. » Les gens acceptent ça, et ils aiment ça.
[Rires]

230 **Ils aiment ça ?**

Ah ouais ouais. Moi les gens... Justement y a une dame qui m'a dit l'autre jour « Écoutez docteur, mon mari dit toujours, chez docteur Untel [nom de la participante remplacé par « Untel »], si il... vraiment quelque chose la tracasse, elle nous envoie tout de suite chez le
235 spécialiste qui saura trouver la solution. » Donc, si vous voulez, je... je délègue assez facilement à un confrère spécialiste. Je suis pas... de ce côté-là euh à garder les malades et tout, vous voyez. Non non mais c'est vrai ! Et j'ai toujours été comme ça ! C'est-à-dire que autant... et j'pense que les gens ils apprécient assez ça, au fait...

240 **Et ça vous pensez que ça... ça contribue fortement au d... à la diminution du risque d'erreur hein ?**

Ah ben ouais ! Hein.

245 **Ce qui me paraît logique hein.**

Ben ouais hein. Ben ouais hein.

Mh.

250

Moi j'ai jamais eu d'procès ou quoique ce soit pour une erreur hein... médicale hein.

Toutes mes félicitations, c'est très bien.

255 J'ai jamais eu de problèmes.

C'est vrai que nous qui commençons notre carrière, comme vous disiez tout à l'heure...

260 Ah j'ai jamais eu de problème hein ! [Sourire]

... vous parliez du mot hantise, c'est euh...

J'ai jamais eu de problème hein. Ça fait... quarante-deux ans, et... comment dire euh... j'en ai eu des gens avec des des gros cas, des gros trucs comme ça, hein j'en ai eu aussi. Mais, je je
265 voilà, je...

Très bien. Et quel autre moyen vous préconiserez, vous utiliseriez pour... vous utilisez dans votre pratique qui... selon vous diminue ce risque ?

270 Pfff... [Soupir d'hésitation]

Après tout à l'heure, vous m'avez parlé par exemple, du fait d'être systématique quand vous examinez quelqu'un...

275 Oui ! Oui oui.

... avec euh... d'la fièvre...

280 Donc systématique, systématique dans les... dans les examens et tout ça... systématique donc... Et puis j'vous dis euh... pff ne pas hésiter à revoir les gens. Leur dire euh... V'voyez, essayer quand même d'avoir... une disponibilité, c'est-à-dire être dire aux gens « Bon, écoutez on fait ça ! Demain, si vraiment ça va pas, n'hésitez pas à me rappeler, n'hésitez pas à revenir me voir. » V'voyez c'que j'veux dire. On on lâche pas les gens en... les gens...

285 **Vous restez accessible et disponible ouais.**

Voilà ! On lâche pas les gens dans la nature comme ça. Parce que tout seuls, après les gens savent pas quoi faire. Ou bien on leur explique « Écoutez, voilà vous avez ça et ça, si vraiment ça va pas, n'hésitez pas ! Ben écoutez, si ça vous prend dans la nuit, allez hop téléphonez au 15
290 et puis dites j'ai vu le docteur dans la journée. » Vous voyez !

Donc là vous leur dites de faire eux une démarche de rappel ?

Oui.
295

Est-ce que des fois vous ça... euh ça vous arrive de rappeler vous-même ?

Ouais ! Ouais ouais. Ah ouais ouais ouais. Bien sûr.

300 **C'est selon les... j'pense selon les... les situations hein ?**

Ah ouais ouais, selon les cas oui. J'téléphone. Et puis... comment dire, euh... si... si les gens... en plus si c'est comme ç... quand c'est comme ça je s... c'est moi qui téléphone pour avoir le rendez-vous chez le spécialiste, c'est moi... si y a une radio à faire, que j'estime qui est plus ou
305 moins urgente, j'téléphone au radiologue pour avoir le rendez-vous le lendemain, pour le faire faire. Ça... si vous voulez, je je... je prends quand même les trucs en main pour pour essayer le plus possible que l'diagnostic soit fait le plus vite possible, et les examens complémentaires aussi le plus vite possible. Voilà. Bien sûr.

310 **D'accord, très bien. Et par rapport euh... alors maintenant on va se concentrer plutôt sur le... sur les conséquences de l'erreur. Une fois que l'erreur a été faite, euh... comment finalement... gérer les conséquences ? Alors déjà ces conséquences de quel ordre peuvent-elles être ?**

315 [Bégaiements] D'façon, je n'sais pas, parce que j'ai jamais été confronté. Ben enfin disons...

Non, mais [deux mots inaudibles]... ça peut être une erreur minime.

Oui oui oui. Oui.
320

Imaginons par exemple, le fait d'avoir... euh...

Oui !

325 **... euh donner un traitement à un patient qui a fait...**

Oui oui oui. Ben écoutez, de toute façon dans un premier temps il faut essayer de réparer. C'est-à-dire essayer de de... si possible, par exemple une erreur de prescription, un truc comme ça, tout de suite prendre contact avec... avec le... avec le patient pour dire « Écoutez voilà, y a eu une erreur, venez, il faut que j'vous change le médicament ou... ou... changer de posologie... ». Bon. Enfin bref ! Donc déjà ça. Euh SI, si effectivement, c'est quelque chose qui peut être plus grave, on peut leur dire « Écoutez, il vaudrait pt'êtr mieux que vous al... », prendre contact avec le malade et leur dire « Faudrait peut-être mieux que vous alliez à l'hôpital », pour euh... pour euh... pour faire un... un contrôle, si y a un examen à faire faire en urgence. Un truc comme ça, enfin je sais pas. Je sais pas ce qui faut faire comme ça ! [En riant] Je sais pas.

D'accord.

Ouais. Et puis sinon après... Ben... [quelques mots inaudibles]

Ça c'est pour gérer les... les complications ?

Ouais.

Au niveau... du patient.

Du patient. Ouais.

Quel... quel autre type de complication on pourrait avoir ?

Ben c'est-à-dire si si le patient dépose plainte ? Non ?

Pas forcément.

On en est pas là ? Bon, j'sais pas. [Rires] J'sais pas.

Pas forcément.

Ben c'est-à-dire si euh... j'sais pas...

Ça c'est sûr que c'est une des complications, souvent redoutées par les médecins...

Ouais, ouais.

... c'est le... la la peur du procès.

Ben oui, oui. C'est ça ! Mais enfin d'toute façon...

Mais avant le procès, qu'est-ce qui y a ?

Ben... je suppose que...

Vous en avez parlé un petit peu tout à l'heure.

Ah bon ?

De se sentir...

Oui. De se sentir euh... un petit peu fautif ou j'sais pas quoi.
380

De se sentir fautif, voilà.

Oui oui, bien sûr.

Et c'est vrai que... j'pense que c'est un sentiment...

Ben d'toute façon on essaie toujours d'arranger...

Ou alors le fait de culpabiliser le soir...

Il faut arranger les choses de toute façon.
390

Voilà.

Il faut, le plus possible, essayer d'arranger les choses, je pense faut... Je pense AUSSI, il faut pas se dire... il faut savoir reconnaître son erreur. Hein. Moi j'pense que... enfin il m'semble ! Moi, c'est ce que je ferais. Admettons un truc comme ça... je téléphonerais et j'dirais « Écoutez, là y a un problème, j'ai fait ça. Bon si... il fallait pas le faire, vous venez, on va essayer de réparer ça. Euh si c'est possible que moi je répare, je répare, sinon s'il faut que vous alliez à l'hôpital, alors on va vous envoyer à l'hôpital. » V'voyez on essaie de de... de...
395
400

De trouver une solution.

Ah ben oui. Bien sûr.
405

Et ça vous pensez que ça aide, à surmonter euh... finalement la situation, aussi bien dans l'intérêt du patient, que dans l'intérêt du médecin lui-même ?

Ah ben j'pense que oui. Hein.
410

Mh.

J'pense que oui. Parce que sinon, vous savez, on est quand même tout seul, hein. Hein, il faut se dire quand même que... que... on est seul à prendre la décision des traitements des choses comme ça, on est seul responsable de c'qu'on fait. Alors j'pense que quand on fait une faute on est aussi tout seul.
415

Peut-être même un peu plus que dans le... dans les autres moments.

Ben... oui hein. Ah ouais. Alors donc, j'pense que... enfin moi j'crois qu'j'paniquerais [éclat de rire]. Je pense que j'paniquerais.

Bon après je pense que ça dépend... ça dépend du degré de gravité, hein.

Bon, maintenant tout dépend de l'importance, voilà ! [Tout en riant] Tout dépend de l'importance, voilà.
425

Vous savez j'pense que la majorité des erreurs sont...

Et tout dépend de l'importance, bien sûr.

430

... euh sont... sont fort heureusement sans... sans sans... sans complication pour le patient.

Oui. Heureusement, bien sûr. Bien sûr. Ouais ouais. C'est ça. C'est ça.

435

Après... après c'est vrai que la... la remise en question que ça peut induire chez nous...

Oui, oui.

440

... peut-être que c'est ça qui justement être euh...

Oui oui, mais j'pense qu'effectivement on est...

... c'est ça qui est intéressant à analyser.

445

De toute façon... comment dire, on a un métier à risque, hein. Ça c'est certain. On a un métier à risque.

Moi, ça m'est arrivé... moi ça m'est arrivé quelques fois de... de... de me tromper de posologie...

450

Ouais.

... parce que... j'ai pas pris en considération la fonction rénale quand j'ai prescrit un antibio...

455

Ouais ouais c'est ça.

... etc.

460

Oui. Oui.

Après tant qu'on s'en rend compte suffisamment tôt...

465

Oui.

... ou qu'on a des gardes fous derrière, un pharmacien qui rappelle pour... Donc...

Oui c'est ça ! Oui oui. C'est vrai ! Non, mais de toute façon c'est ce que j'vous dis. Moi mais moi j'hésite pas quand c'est comme ça, moi j'hésite pas je dis « Écoutez j'me suis trompé ».

470

Ouais voilà.

Non non. Faut savoir le dire ! Parce que d'toute façon... « J'me suis trompé, venez, il faut qu'on corrige..., voilà, y a une erreur dans le dans le prise... dans le médicament, on va on va on va rem... on va rechanger ça et puis voilà », et puis quand les gens ils viennent, j'explique

475

« Écoutez j'ai cru que vous pouviez le supporter, mais votre organisme le supporte pas, il va falloir qu'on change de médicament », enfin bon, on essaie de de de... d'expliquer ça au... patient quoi. Hein.

480

Et... et du coup ça... j'en viens là du coup au dernier grand axe que je voulais aborder, c'est le... si jamais vous deviez raisonner à l'échelle d'une population globale de médecins généralistes, quelle... quelle idée vous proposeriez pour améliorer justement notre façon de faire face à ce risque d'erreur ?

485

[Court silence]

Qu'est-ce que... qu'est-ce que vous... qu'est-ce qu'on pourrait améliorer... qu'est-ce qu'on pourrait faire pour améliorer euh... on va dire...

490

Ben écoutez, bon déjà pour commencer, effectivement qu'on s'entoure du maximum de... de de matériel, de de de savoir, par exemple l'ordi... hein, au niveau de l'ordi, y a quand même aussi des garde-fous, par exemple...

495

Par exemple quoi ?

Ah ouais ! Ben par exemple là... on a la banque de données... bon moi j'm'en sers pas [en riant]... de Claude Bernard. [Inaudible : quelques mots] Donc c'est déjà une banque de données qui vous dit déjà « Attention ! Sur cette ordonnance y a des contre-indications entre les médicaments. » Et d'une !

500

Mh. Donc ça c'est déjà un premier garde-fou.

On a pas toujours ça... dans la tête ! Hein. Donc ça vous dit « Attention, vous avez une contre-indication de ces médicaments. ». Si si... je l'ai le truc... Bon j'dis c'est vrai que... je fouille pas parce que je sais que si y a le truc qui arrive, le ptit... y a un petit logo qui dit « attention », hein, donc à ce moment-là je sais, et puis... donc je... j'agis en conséquence. Mais donc... mais on peut aller rechercher pour savoir pourquoi, qu'est-ce qui se passe, euh... donc y a... y a une façon si vous voulez, d'avoir des garde-fous au niveau de de l'ordi...

510

Ouais.

... ouais au niveau de l'ordi, c'est très très... très important. Donc, qu'on puisse avoir euh donc, quelque chose qui nous dise donc les contre-indication, euh les associations dangereuses... De la même manière, c'est bien aussi l'ordinateur, parce que... vous avez quand même euh... un relevé un petit peu de ce que vous avez déjà prescrit, y a des fois on fait des fois des redondances, des trucs comme ça... qui sont des fois, pas tout à fait souhaitables et que... avec l'ordi, on le voit. Avant on...

520

D'avoir un dossier patient, bien... bien tenu...

Bien tenu !

Ça c'est important pour vous.

525

Voilà. Un dossier patient bien tenu parce que ça nous permet de voir « Ah ben oui... Mince alors j' lui ai déjà donné ça ! », euh v'voyez. Même par exemple au niveau d'antibiotique, c'est toujours bien d'temps en temps, d'changer des trucs parce que... [bégaiement] c'est pas toujours bien de donner toujours le même. Euh... donc... donc ça aussi, ça ça peut... ça peut
530 aider dans la... dans dans... dans la bonne conduite, qu'on puisse avoir avec la... par rapport au traitement...

Mh. On voit que vous êtes...

535 ... des patients. Donc avoir un bon outil.

On voit que vous êtes très fan de l'informatique !

Ouais heu ... [éclat de rire]

540 **[Rires] Ben c'est bien !**

Ouais ouais ouais. Non non ! Mais c'est vrai que je vois les progrès que ça m'a apporté.

545 **Ouais, il faut reconnaître que c'est quand même un plus.**

Voilà, c'est ça qu'il faut voir parce que moi j'ai... quand moi j'ai fait mes études, ça n'existait pas, l'ordi. Hein.

550 **Donc ça c'est depuis... du coup...**

L'ordinateur ça n'existait pas.

Ça, ça a été pour vous une avancée...

555 Ah oui oui. Moi j'ai... j'ai... je m'suis mis à l'ordi dans les années... quatre-vingt. Comme ça ! Je suis plongé ddans euh comme ça ! Hein, j'ai pas... j'ai appris toute seule. Sans... sans... comment dire... sans y être... instruite hein. Donc si vous voulez, j'ai quand même... je vois quand même le progrès que ça m'a apporté. Ça certainement, hein.

560 **Et en dehors de l'ordi, qu'est-ce qu'on pourrait faire d'autre ? Que maintenant...**

Ben... j'sais pas être suffisamment euh...

565 **Qu'est-ce qu'on pourrait faire qui n'existe pas encore ?**

Ha, qui n'existe pas encore ? Oh mon Dieu ! [Le tout en chuchotant et en soupirant]

C'est vrai qu'il existe beaucoup de choses, hein. Je vous l'accorde.

570 Ah ouais, ah ouais. Je sais pas. J'sais pas moi. Est-ce qu'on pourrait...

Qu'est-ce qui pose problème et qui vraiment... euh devrait être corrigé selon vous ?... Peut-être il n'y a rien ?

575

Hein... Bon... Ben écoutez de toute façon, y a un truc qui serait primordial, c'est que quand même effectivement, qu'on ait suffisamment de communication entre les différentes branches de... parce que des fois on manque... on manque de communication hein.

580 **Avec les autres spécialistes ?**

Ouais. Avec les autres spécialistes, avec les hostos. Avec les hôpitaux. Des trucs comme ça.

Vous êtes pas la première à me... à me... à relever ce ce... cette problématique.

585

Euh... vous savez, des fois avec les hôpitaux, nous on est malade de téléphoner des fois... jusque six mois après les courriers !

Et justement...

590

SIX mois après ! [Semble en colère]

Mais vous savez que vous êtes pas la première à r... à relever ce pr... ce problème-là. Et et... et du coup moi j'suis curieux d'savoir justement en pratique, qu'est-ce qu'on pourrait faire pour améliorer ce problème-là.

595

Hein, parce que je vous dis, y a un... y a... maintenant quand même, j'vous dis, on a des courriers qui nous arrivent SIX mois après. Alors, entre temps on a vu les malades qui ont eu des ordonnances, ou qui ont eu des traitements, on sait pas lesquels ! On sait pas ce qu'ils ont eu ! Et ça c'est beaucoup les CHU hein. Qui qui qui suivent pas... qui suivent pas le mouvement.

600

Les petits hôpitaux c'est un peu mieux ?

Ben c'est pt'être mieux. Ouais c'est pt'être mieux. Mais alors Strasbourg c'est six mois ! Hein. Strasbourg c'est six mois... Brabois... Bon, suivant les services [rires], suivant les services... trois mois... entre trois et six mois. Franchement, quand vous avez un courrier comme quoi untel a été opéré à tel moment... euh euh six mois avant... hein. Ou a eu un problème de méningite six mois avant. Et qu'on n'a pas de nouvelles.

610

C'est vrai que c'est pas très top ça pour... une prise en charge optimale.

Non, mais franchement. Ben oui, justement ! Là y... là y a effectivement, au niveau des des... de la communication, euh ils ont beau dire ce qu'ils veulent pff... on... c'est c'est c'est pas top. C'est pas top. Et on est obligé... nous des fois de téléphoner, et de re-téléphoner, de re-téléphoner... des fois ma secrétaire elle téléphone dix fois pour un même... pour une même personne. C'est comme ça hein. Et alors les patients... eux, ici, quand c'est à la campagne, ils viennent chez le docteur, il dit « Mais écoutez docteur, vous... vous pouvez pas... vous avoir le courrier et d'ou... vous pouvez pas vous en occuper pour savoir et tout... ». Ben oui mais on fait que ça ! Et on a toujours pas de réponses. [Rire jaune suivi d'un silence de dépit] Bon. C'est comme ça. Voilà.

615

620

Non, mais c'est vrai que cette cette... cette euh problématique...

625 Oui oui oui.

... de la mauvaise communication entre professionnels de santé...

Là au niveau des...

630 ... même avec le patient aussi.

Ouais. Ouais ouais. Ben oui. Ben oui, parce qu' j'vous dit, parce que en fait les... les patients sont lâchés comme ça des fois, ils savent pas expliqués. Vous savez y a des gens...

635 Ouais c'est ça.

640 ... ils... ils disent « Écoutez docteur, moi j'étais à l'hôpital, j'ai eu ça et ça, j'ai eu un malaise... ». Bon alors malaise, ça peut tout être hein. Hein [prend une voix différente pour faire la voix de son patient] « J'ai eu un malaise ». « Quoi ? Qu'est-ce que vous aviez ? », « Je sais pas moi. Moi je sais pas ce qu'ils ont trouvé. Hein docteur. Je sais pas hein. » ... Ça, ça arrive souvent hein. Alors euh donc jusqu'à qu'on détermine dans quel service ils étaient, à quelle période ils étaient, parce qu'ils s'en souviennent plus non plus [en riant]... donc... C'est vrai que par exemple, SI on AVAIT, si on avait le système de de dossier médical dans la carte... dans la carte. Ça ce serait bien.

645

Dans la carte vitale ?

Dans la carte vitale. Ça ce serait bien.

650 Alors donc vous êtes pour le dossier médical euh électronique personnalisé.

Ça ce serait bien. Ah ouais. Le problème c'est QUI va le faire ? [Éclat de rire] C'est ça le problème. Qui va le faire ? Mais ÇA, ce serait la solution. Effectivement.

655 C'est ça justement ce que je vous demandais...

Voilà !

Qu'est-ce que vous pensez...

660

665 C'est ça... ÇA ce serait la solution ! Parce qu'effectivement, le type il est hospitalisé, on met dessus les différents examens qu'il a eu avec les résultats et tout ça. Et donc à ce moment-là quand il vient, on... nous on regarde la carte vitale, [se tape les mains] tout de suite on a... on a on a... d'la même manière là-dessus, les différents traitements qu'il a eu, TOUT peut être inscrit là-dessus. ÇA, ce serait formidable ! Effectivement. Si on avait une carte... une carte... vitale, qui serait un dossier médical, alors ça ce serait le summum. Et effectivement là, y aurait une avancée formidable. Mais le problème, c'est QUI va faire ça ?

C'est une autre qu... Ben vous... vous m'posez la question, ben je vous renvoie la question.

670

J'sais pas... J'sais pas.

Qui pourrait faire ça selon vous ?

675

Je sais pas hein.

Parce que là on est là pour... on est là pour apporter des réponses.

Nous les médecins traitants, on n'a pas le temps ! Hein. [Éclat de rire] On n'a pas le temps d'faire ça.

680

Ben... à qui... à qui on pourrait refiler la patate chaude ?

Non mais... C'est-à-dire... si on avait un système par exemple je fous ma carte vitale là-dedans, en même temps que j'fais ma consult tac tac tac tac tac, ça s'inscrit là-dedans. Super !

685

Ah oui, moi j'suis... j'suis convaincu.

Vous comprenez ! Si y avait ça...

690

Après ça implique des... ça implique certainement...

Il devrait y avoir des...

695

... des conditions... des conditions de sécur... de confidentialité, de sécurisation des données...

Ah ben c'est-à-dire si y en a... si y a un code, de toute façon, à partir du moment où y a un code, y a un code méd... d'toute façon, j'pense que quand c'est un truc comme ça, le patient, il vous autorise à regarder, d'toute façon c'est toujours comme ça, faut que le patient vous autorise à regarder. Éventuellement, pour avoir les renseignements, y a un code à afficher, pour inscrire quelque chose dedans, y a un code à afficher. Ça on peut faire. Mais si y avait le moyen de... qu'il y ait une relation directe entre la carte vitale qui est là-dedans, et puis ce que je fais là-dedans [en montrant son ordinateur], ça mar... ça s'inscrit directement là-dessus, SUPER ! Et là même à l'hosto. Il va à l'hosto, ils mettent la carte là-dedans, quand ils prescrivent les examens et tout ça, tout est marqué dedans.

700

705

Ah oui ça c'est sûr que sur le... sur le sur le papier, c'est magnifique.

Oui.

710

Après j'pense que... peut-être que y a des... on a du mal à identifier les... les... les obstacles de la mise en place d'un tel... d'un tel projet.

Ouais. Ouais c'est ça, c'est ça. Mh.

715

Mais...

Mais... mais j'pense que ça ce serait vraiment utile.

720

Alors ça répondrait certainement pas à toutes les problématiques rencontrées par le médecin...

Mais j'pense que... j'pense que y aurait...

725

... mais... alors beaucoup...

... beaucoup de... voilà. Parce que les allergies... les allergies seraient marquées dedans. Le le... ce que les gens ils ont... ils ont comme traitement, ce serait marqué dedans. Ce qu'ils ont comme antécédent serait marqué dedans.

730 **Les résultats également.**

Euh... ce serait quand même... un outil... pff... Ah ouais ! Ah ouais ! C'est ÇA ! Qu'il faudrait avoir.

735 **Ouais, et puis on arriverait... à un autre problème qui est souvent mis en avant c'est les problèmes de communications. Vous savez, c'est par exemple les... les personnes qui ne parlent pas la même langue, qui n'ont pas le même niveau intellectuel...**

740 Ah ben... ah ça, n'en parlons pas ! Mais de toute façon même le... même le Français de base... les... les gens ne savent pas ce qu'ils prennent [en reposant violemment son stylo sur la table].

Mh.

745 D'façon [en riant], souvent, comme vous avez dit... Donc des Français, j'veux dire des Français de souche et tout, vous leur dites « Qu'est-ce que vous avez comme traitement ? », « Ben j'ai des petites pilules bleues, puis j'en ai des vertes, puis j'en ai des blanches... ». Ce que c'est... Et en plus avec les génériques maintenant, les gens sont complètement pommés. Avant, ils avaient un médicament qui prenaient depuis des années, ils connaissaient le nom. Mais maintenant les génériques... là, ils sont complètement à la masse. Donc là le... le... les gens ne s... avalent
750 des médicaments sans savoir ce qu'ils avalent. Ça c'est vrai hein.

Ah oui, ben ils nous font confiance.

755 Et... et pas et pas seulement les personnes âgées hein. J'vous dis... des... des jeunes et tout. Les gens sont... au niv... au niveau des des traitements sont incapables de dire ce qu'ils prennent. Incapables. Alors en plus si on leur dit qu'ils ont... ça c'est le traitement... si ils ont un traitement de fond. Mais si c'est des traitements intercurrents, encore moins ! Hein. Ce qu'ils ont eu comme antib... « Ben oui j'ai eu un antibiotique... J'sais pas moi, un antibiotique, pour huit jours, j'avais deux cachets par jour à prendre. », « Ouais, c'est quoi ? », « J'sais pas. »
760 [Rires] C'est classique ça.

Ouais c'est vrai que...

Ah ouais !

765

C'est pas toujours évident.

770 Ah ben non ! Et puis... j'vous dis... euh... euh... on on... là c'est vrai que si on avait ce truc là, ou foutrait la carte vitale, pshit touc touc touc « Ah ben oui la semaine dernière vous avez eu le Ciflox, vous avez eu... ». Là c'est bien. Oui, ce serait super. Parce que... au niveau... au niveau du traçage, ce serait facile.

775 **On peut le faire, mais après dans notre propre pratique. Y a pas encore cette connexion entre les différents professionnels de santé. C'est peut-être ça encore le petit... l'étape à franchir.**

Oui, ça de toute façon... Mais j'vous dis si... on avait effectivement un outil qui nous permettrait... parce que si on avait cet outil-là, la communication elle serait automatique. Parce que, chaque fois qu'il va chez quelqu'un, chez un médecin, il fout sa carte vitale là-dedans, tac tac tac... [frappe dans ses mains] Ça ce serait... ça ce serait... faut qu'il faut... Alors j'sais pas... comment il peut y avoir une communication dans la carte vitale et le... l'ordinateur, j'sais pas... pt'êtr il faut un... une connexion wifi ou... j'en sais rien, v'voyez pour que ça s'retranscrive. J'sais pas, faudrait qu'il y ait un ptit bricoleur là qui vienne pour faire ça [finit la phrase par un éclat de rire].

785 **[Rires] C'est certainement pas moi !**

Moi non plus ! [Toujours en riant] Moi non plus.
Voilà.

790 **Bon, ben écoutez merci beaucoup.**

[Fin de la transcription]

Entretien 2**Profil du participant :**

Code participant	2
Sexe	Femme
Age (ans)	41
Durée d'exercice (ans)	10
Zone d'activité	Urbaine
Mode d'installation	Association
Maître de stage	Non
Spécificité de l'activité	Maison de Santé

Contexte de l'entretien :

Lieu de l'entretien	Cabinet Médical
Durée de l'entretien (mn)	22

Transcription de l'entretien :

Gras : Intervieweur

Normal : Interviewé

[...] : Paratexte

[Début de la transcription]

Alors... alors déjà la première question qui... que je vais vous poser, c'est euh... pour vous l'erreur médicale, qu'est-ce que ça veut dire ?

5

Euh... c'est... pas poser le bon diag... diagnostic. Donc poser au fait un diagnostic qui est erroné. Euh... ça peut au fait aussi être considéré comme une faute médicale. Euh... après... euh... pff... oui. Oui, je vois pas ce que... comme ça, de... je vois pas ce que ça pourrait être d'autre au fait. Faut que je vois en fait au fur et à mesure après, avec mes exemples.

10

D'accord. Quelle serait la différence entre l'erreur et la faute ?

Euh... pffffff. [Hésitation]

15 **Si pour vous y en a une...**

Ouais. Non. Est-ce que du coup... ben la... non je pense que c'est... ben c'est la même chose. J'sais pas, les conséquences c'est les mêmes, donc... le fait d'avoir fait une erreur c'est... c'est au fait une faute, c'est une faute médicale. Mh.

20

D'accord.

Ouais. Après les erreurs, ça... ça arrive. Mais il peut y avoir des erreurs qui peuvent aboutir à des conséquences euh... plus... plus graves, et... ouais être considérées au fait comme une

25

faute médicale. J'sais pas trop au fait... (propos inaudibles sur l'enregistrement).

Et même si c'est une erreur sans conséquence ?

30 Non. A ce moment-là au fait... Tout le monde peut se tromper hein... entre poser le diagnostic d'une sinusite ou poser le diagnostic d'un... d'une rhino-pharyngite, je vois pas trop la différence au fait du point de vue conséquences. Mais... c'est vrai que... euh passer à côté par exemple d'une phlébite ou une embolie pulmonaire, là il peut y avoir au fait des conséquences plus... plus...

35 **D'accord.**

... plus gravissimes. Ouais.

D'accord. Et vous... y pensez souvent ? A ce risque d'erreur médicale ?

40

Oui. Oui. Toujours, régulièrement. Parce qu'on se dit toujours... quand les patients viennent et qui vous po... vous demandent... au fait ils viennent pour un motif particulier, on envisage toujours les diagnostics, entre guillemets au fait les plus graves, qu'on essaie d'éliminer. Donc quelqu'un qui a mal à la tête, des céphalées, bon on se dit d'accord effectivement peut-être des céphalées par rapport à la chaleur ou autre, mais derrière la tête on pense toujours à l'idée au cas où, pas que ça soit au fait autre chose, un... une... au niveau cérébral. Une néoplas... enfin un cancer, au niveau... une tumeur cérébrale ou autre. Mh.

45

D'accord. Ça vous préoccupe pour quelle raison ?

50

Euh... ben par rapport au fait... ben c'est des patients qu'on connaît ! Donc on se dit toujours... si on passe à côté de ça et que finalement il arrive autre chose, euh... ben c'est... on le prend pour soi au fait, on est passé à côté de quelque chose, on a fait une erreur. Euh... et puis... et puis, voilà, on aime bien toujours aboutir jusqu'au bout et pas simplement survoler au fait le... le patient. Aller jusqu'au bout et donner au fait des réponses aux questions qui se posent. Mh. Mh.

55

Donc vous avez le souci du patient, et puis aussi le souci de... vous-même.

60 Oui. Oui. Et l'entourage aussi ! Parce que parfois quand on voit un père de famille, on connaît déjà les enfants et tout, on se dit « Mince pas qu'on fasse... on passe à côté d'un diagnostic qui fait que du coup... les enfants se retrouvent éventuellement sans père ou autre. » Donc on se pose toujours cette question-là. Voilà.

65 **Ben oui.**

Voilà. [Rires]

[Rires et toux] Et... donc là vous y pensez régulièrement on va dire. A chaque patient ?

70

Ou...

Souvent oui. Souvent.

Souvent ?

75

80 Souvent. Après ça se voit aussi chez les enfants... chez les enfants quand ils viennent avec de la fièvre. La fièvre c'est... c'est... motif de consultation fréquent, mais la fièvre est-ce que c'est simplement une fièvre suite à un virus, est-ce que c'est pas une fièvre par rapport à autre chose, on pense parfois à la méningite, on pense au fait à d'autres diagnostics. Donc ça... ça travaille aussi.

D'accord.

85 Et au fait, pour éviter ça, pour avoir le suivi, j'hésite pas forcém... j'hésite pas au fait à appeler, parfois un ou deux jours après, d'appeler au fait les parents pour leur dire « Alors, comment va l'enfant, est-ce que au fait il a encore fait de la fièvre ? » Etc. Pour avoir un suivi, auquel cas si effectivement au bout de trois jours il fait encore de la fièvre, le revoir et... faire d'autres examens.

90 **D'accord. Donc, on en vient à la question qui... qui m'intéresse. C'est, comment vous faites justement pour éviter ces erreurs ? Donc là vous venez de citer un exemple...**

95 Ouais. Donc les appeler. Appeler les patients pour avoir un suivi. Donc euh... parfois le soir même, ou parfois au fait... donc euh... souvent j'ai un suivi le lendemain ou après-demain et... et si besoin faire des examens complémentaires... que je juge nécessaires de faire. Après quand je vois les patients au fait en consultation, ça me... j'hésite pas non plus, quand je suspecte une phlébite à faire des D-Dimères. Un soir au fait, même si la patiente vient et... qu'elle se plaint de douleur au niveau de la cuisse, même si y a pas vraiment de facteurs, je me suis dit « On ne sait jamais », donc à 18h elle est sortie de chez moi, elle est au labo, elle a fait des D-Dimères, 100 à 19h j'avais les résultats, je l'ai appelé j'ai dit « écoutez les D-Dimères sont négatifs ». Donc voilà.

Tout le monde est tranquille.

105 Tout le monde est tranquille. Voilà. [Sourire]

Ça marche.

110 Mh.

Y a d'autres outils comme ça dans votre pratique que... ?

Pour év... Ouais euh...

115 **Ça peut... ça peut être de tout ordre.**

120 Après y a les troponines aussi. Dans... dans... dans le bilan bio... troponines, du point de vue au fait, cardiaque. Et... sinon au fait, adresser à un confrère. Oui. J'n'hésite pas à prendre au fait le téléphone et à appeler le confrère pour... pour qu'il puisse voir le patient rapidement. Mh.

125 **D'acc... Vous parliez tout à l'heure des examens complémentaires... C'est euh... euh... du coup ça rentre dans votre démarche euh... de prise en charge. Mais... est-ce que... il vous arrive de... d'en prescrire vraiment juste par rapport à cette crainte de l'erreur médicale ?**

Oui. Un scanner cérébral. Une IRM cérébrale... souvent en fait je prescris. Même si, finalement je sais que le... c'est pas... c'est pas... je prends pas le téléphone pour prendre rendez-vous pour l'IRM, sauf si en cas d'urgence, je le prescris, le patient a l'ordonnance, on peut au fait me reprocher après de pas l'avoir prescrite.

130

D'accord.

Même si le patient a pas pris rendez-vous pour le faire.

135 **D'accord. Oui... j'ai bien compris.**

C'est ça. Donc une trace dans le dossier, c'est imprimé, j'ai donné l'ordonnance au patient. Euh... après j'en ai beaucoup au fait qui ont pas fait l'ordonnance... qui ont pas fait l'examen. Quand je les revois après, oui ça allait mieux j'ai pas pris rendez-vous pour faire l'IRM.

140

Donc là vous dans votre tête l'intention c'est vraiment il faut que je fasse... il faut que...

On puisse pas me le reprocher...

145 **... au niveau de l'observation tout soit carré.**

C'est ça !

Voilà.

150

Mh.

Et par rapport à quoi vous avez cette... cette... vous portez votre choix sur une démarche de cette... manière-là ?

155

[Partie non transcrite dans un souci de confidentialité : moins d'une minute] [Rires]

Donc on en revient du coup sur les moyens. Sur les moyens... que vous utilisez.

160

Mh.

Vous en avez déjà cité pas mal. Entre rappeler les patients...

Mh.

165

Et puis... prescrire des examens complémentaires pour...

Et les rappeler après les examens complémentaires !

170 **Et les rappeler encore après les examens complémentaires.**

C'est pas les prescrire... au fait quand je prescris, j'ai dans le but... soit j'ai le temps, je les appelle, sinon je demande à ma secrétaire, je marque juste vraiment tout ce qu'elle doit dire et demander au patient des nouvelles, si j'ai pas le temps de les appeler et tout le reste. Donc

175 j'appelle toujours les patients après avoir fait ces examens-là pour qu'ils se retrouvent pas au fait perdus.

Et vous... voilà, du coup vous avez ce souci pour pas qu'ils soient perdus ?

180 C'est ça.

Vous dites à la secrétaire de donner toutes les informations.

C'est ça.

185

Donc vraiment... y a quand même alors du coup cet élément en plus, c'est vraiment donner des informations en plus qui soient précises et... et... et compréhensibles pour le patient.

190 Quand j'ai vu un patient, que je lui ai prescrit une prise de sang, je marque « Untel, monsieur X, allo, bio vue, bio ok, pas de carences, thyroïde ok, pas de problème untel untel, etc. ». Si je dois faire une ordonnance, par exemple parce qu'il manque de fer ou autre, je fais l'ordonnance et je... et au fait il passe... il passe récupérer. Ou si je dois faire un contrôle bio pour un PSA qui commence un petit peu à augmenter, sans pour autant dépasser les normes, ben... je fais l'ordonnance et j'ai marqué dans trois à quatre mois refaire la prise de sang. Comme ça j'oublie
195 pas. Si je demande au patient au fait... si le patient au fait ne vient pas..., comment il peut savoir qu'il doit re-consulter ? Pour vérifier si son PSA commence à augmenter là en un an, je veux dire on se méfie toujours du cancer de la prostate chez les patients de plus de cin... de plus de soixante ans. Et donc... là ce matin j'ai... j'ai vu un patient qui... avait un PSA à 2,5,
200 là il est à 3,5. Ça reste encore dans les normes, mais j'ai déjà fait une ordonnance. Ma secrétaire l'a appelé et y a une ordonnance qui l'attend pour faire une prise de sang dans trois quatre mois pour vérifier le PSA.

Vous avez une alerte en fait... ?

205

Non. Non. J'ai pas d'alerte. J'ai pas d'alerte. C'est moi au fait qui quand j'intègre mes résultats, au jour le jour, ...

Vous mettez une alarme ?

210

C'est moi qui le fais tout de suite. C'est moi qui le fais tout de suite l'ordonnance.

D'accord.

215 Et comme je travaille de chez moi, j'ai un accès... le soir au fait, quand j'ai pas le temps, quand je finis les consultations tard, le soir j'accède au fait à distance sur [nom de logiciel peu audible]. Donc j'ai accès à mon ordinateur et j'intègre tous les résultats. Et donc, au fur et à mesure, quand j'ac... quand j'intègre les résultats, pour chaque patient au fait, je... je regarder bien au fait la valeur et j'essaie de comparer par rapport à la fois d'avant.

220

D'accord.

Et si je vois qu'y a effectivement une fluctuation, une hémoglobine qui commence un petit peu à baisser avec un stock en fer qui commence à baisser, là je me dis « Ah ! », je réessaie quand

225 même de rappeler le patient, « est-ce que vous saignez quelque part ? » et tout, et puis prévoir. Ouais.

Ok. Bon ben c'est déjà pas mal tout ça.

230 **Et par rapport du coup aux conséquences de l'erreur ? Euh... une fois que l'erreur a été commise...**

Mh.

235 **Euh... qu'est-ce qu'on pourrait faire... qu'est-ce que vous vous feriez pour... pour minimiser les conséquences ? Après les conséquences, de quel ordre peuvent-elles être ?**

Ben... Conséquences, ça peut aller simplement au fait ben... si on s'est trompé de médicament [en riant]. Euh... donc, parce qu'on pensait à un autre diagnostic et puis finalement on s'est trompé donc euh... il peut y avoir des conséquences par rapport au fait au traitement qui a été...
240 prescrit. Euh... qu'est-ce qu'y a d'autre comme conséquences euh... pff... ben... la persistance des symptômes, mais ça... c'est pas vraiment un risque. Euh... et sinon ben c'est... parfois le... le décès. Hein. Ou d'autres complications.

Donc ça c'est toutes les conséquences pour le patient.

245 Ouais, c'est ça. Pour le patient. Après, pour son entourage, c'est... c'est expliquer au fait à l'entourage qu'on a... pourquoi au fait j'ai... j'ai pensé à ça et peut-être pas forcément à ça. Euh... mais en tout cas, au fait mon but à moi c'est d'avoir pu prescrire des examens au fait nécessaires.

250 **Et comment on ferait pour... du coup pour gérer au mieux ces conséquences ?**

Lesquelles au fait ? Annoncer... annoncer qu'on a fait une erreur ? Ou... quoi ?

255 **Par exemple une erreur de prescription, une erreur de diagnostic, euh... Qu'est-ce qu'il faudrait faire ?**

Euh... Après déjà, c'est éviter de les faire, donc durant la consultation si le patient est allergique à quelque chose j'essaie quand même bien de le noter. Ça m'arrive aussi de... après avoir fait
260 l'ordonnance que le patient sorte de mon bureau et de leur dire « Vous êtes pas allergique à quelque chose ? », pour être vraiment sûre, parce que rien nous le dit dans le dossier, mais quand même il faut être sûre, « Vous êtes pas allergique à la pénicilline ? », je pose encore la question alors qu'ils sont... vers la sortie. Et ils me disent « Non, non c'est bon ». Vous voyez, j'ai toujours un doute en me disant, même si c'est pas noté dans le dossier, parfois c'est pas
265 mes patients à moi, de leur poser la question au fait, finalement...

Sur certaines questions du coup vous êtes systématiques alors.

C'est ça ! Ouais, ouais.

270 **D'accord. Et pour le médecin ?**

Pour éviter au fait... de faire des erreurs ou...

275 **Pour gérer ?**

Pour gérer ? Euh... ben prendre le temps de la consultation. Pas des consultations en deux minutes. Ça... c'est pas possible. Parce qu'autrement on passe à côté de pas mal de choses. Examiner au fait le patient. Euh... et... et au fait... prévenir au fait le... le patient des... des complications éventuelles.

D'accord.

285 Quand on voit par exemple une colique néphrétique, on le soulage, les perfusions, les traitements, enfin les injections, mais on... prévient quand même le patient auquel cas si ça va pas... si y a tel ou tel symptôme, de la fièvre, qu'il urine moins bien, euh... les douleurs reprennent de façon très importante, de consulter aux urgences. Et au fait, quand ils sortent de chez moi, ils ont déjà un courrier pour les urgences au cas où ça va pas mieux.

290 **Ah ben c'est très bien ça !**

C'est ça. Avec ce que je leur ai donné comme injection en fait.

D'accord.

295 Voilà. Au moins, quand ils consultent, ben si c'est... effectivement ça arrive, ils vont aux urgences, et au moins l'infirmière ou le médecin sait que... et bien ils ont déjà eu ça ça ça comme traitement. Mh. Et pareil donc, j'anticipe... quand j'ai un doute comme ça je fais toujours un courrier en avance pour les urgences.

300 **Ouais c'est ça, comme ça vous dites si jamais je... je me suis trompée...**

C'est ça.

305 **... au moins il y a une... il y a un garde-fou derrière qui...**

J'é... j'évoque les diagnostics sur mes courriers... diagnostic point d'interrogation, appendicite, colique néphrétique, kyste ovaire... rompu, enfin j'évoque des diagnostics. Après c'est effectivement au... à l'urgentiste de faire les examens nécessaires que moi je peux pas forcément avoir dans l'urgence au fait ici, pour... au fait, trouver le bon diagnostic et... et traiter au fait en conséquence. Mh.

D'accord.

315 Mh.

D'accord. Et... et du coup, qu'est-ce que... à l'échelle d'une population... plus importante de médecins généralistes, qu'est-ce qu'on pourrait faire pour améliorer... notre... arsenal face à ce risque d'erreur médicale ?

320 Mh.

Qu'est-ce qu'il faudrait faire pour améliorer les choses ?

325 Est-ce qu'il faudrait avoir des grilles ? Des grilles au fait... enfin, vous voyez par rapport aux symptômes et faire des... je sais plus comment on appelle ça au fait, des... des... pour suivre au fait, est-ce qu'il a tel ou tel symptôme, oui non, et essayer d'être méthodique. Euh... mais je sais pas si on a le temps forcément... de consulter ces grilles-là ou de les apprendre par cœur. Et sinon, c'est la formation. La formation au fait je pense, régulièrement.

330

D'accord. Alors, je vais revenir sur les grilles, je reviendrai sur la formation après.

Mh.

335 **Les grilles, ce serait quelque chose à intégrer dans notre... logiciel... ? Ce serait sous quelle forme ?**

Euh... alors je sais pas si ça... si ça existe dans... chez certains fournisseurs, c'est en rentrant en fait des symptômes d'emblée on peut cocher oui non et avoir la suite. Je sais pas si ça... si ça se fait ça, dans certains logiciels ?

340

Ah oui. Alors dans des... en fait ce serait une observation, on aurait juste besoin de cocher...

345 C'est ça. Ouais ouais.

Euh... mettre des signes positifs ou négatifs ...

Et... ouais. C'est une genre de grille, enfin des grilles décisionnelles quoi. Mh. Mais je sais pas si ça se fait. J'sais pas j'ai jamais vu jusqu'à présent ce genre de grilles. Mh.

350

D'accord. Du coup ça, vous pensez que ça pourrait nous permettre d'éviter de passer à côté de certaines choses ... ?

Peut-être, si on arrive bien à les appliquer. Mais..., mais sinon au fait, c'est toujours avoir des... des diagnostics en tête. Les diagnostics graves... les avoir tout le temps, régulièrement en fait, en tête. La phlébite, l'embolie pulmonaire, l'appendicite aiguë, euh la méningite. C'est... quand j'examine en fait un enfant, j'essaie toujours d'avoir les symptômes et dire aux parents « J'ai pas de signe en faveur d'une... par exemple d'une méningite ».

355

360 **Oui.**

Donc c'est vraiment des diagnostics qu'on... qu'on essaie en fait de... d'éliminer de façon systématique.

365 **D'accord.**

Ouais.

Et... vous parliez de formation.

370

Mh.

Vous pensiez à quoi exactement ? Quel type de formation ?

375 Ben... des formations intitulées « erreur médicale » ou un truc... ou quelque chose dans ce style-là au fait. Les... ne pas... ne pas passer à côté au fait d'erreurs au fait... médicales, ou... les diagnostics à... enfin à évoquer, à ne pas en fait euh... à ne pas oublier. Enfin des diagnostics au fait à... comment on appelle ça ? Euh... pff... j'ai pas eu de formation dans ce style-là, mais... euh... ouais des diagnostics...

380

Des diagnostics urgents un peu comme...

Ouais ! Ouais c'est ça ! Ou les diagnostics un petit peu... pas tordus mais [en riant], les diagnostics traitres, comme ça au fait. Je pense. Mh.

385

D'accord.

Mh.

390 **Et... alors la formation ça existe déjà.**

Mh.

Euh... qu'est-ce qu'on pourrait faire améliorer... pour améliorer cette formation ?

395

[En riant] Faire en sorte que les médecins y participent encore au maximum.

Vous pensez que c'est pas suffisamment le cas là ?

400 Ouais, ben... Après personnellement j'ai pas trop le temps de faire des formations en dehors au fait du travail. Donc euh..., après est-ce que ça serait des formations en ligne, maintenant tout le monde se... les choses se font en ligne. On peut le faire de chez soi, pas forcément en fait se rendre à tel endroit, assister à des... à des formations, des séminaires ou autres. Parce que... ça prend déjà pas mal de temps au fait aux consultations quoi.

405

Et comment vous pourriez faire pour que les médecins participent davantage ?

Euh... Alors...

410 **Parce qu'effectivement, vous êtes pas la seule à me dire que... le temps... le temps manque et puis...**

Ouais.

415 **... c'est pas toujours évident de... de participer. Formation... mais...**

Après, j'me dis un médecin qui est... qui est... qui a eu déjà la justice sur le dos, ou... ou autre parce qu'il a commis une... une erreur médicale, est-ce qu'il sera plus sensible de se former davantage pour éviter que ça se reproduise ? Mais c'est vrai peut-être que tant qu'on n'a pas eu au fait fait face à ce genre de problème, peut-être qu'on se sent pas forcément concerné ? Et
420 que... oui. Bon après... ben pff... je reçois régulièrement en fait des... des... des propositions en fait de... de... de formation ou autre, donc on survole, on regarde le titre, et puis bon... y a pas...

425 **Et puis vous cédez pas.**

Oui.

Qu'est-ce qui vous ferait céder ?

430

C'est pas la rémunération ! Hein, moi c'est... c'est pas... c'est pas... c'est pas ça.

Si c'est pas la rémunération ce serait quoi ?

435 Je... je sais pas. Parce que pour l'instant j'ai assisté à aucune... aucune formation, même si des sujets m'intéressent, mais c'est... voilà c'est... prendre... prendre du temps en fait de mes consultations, du temps avec mes enfants, pour aller se former... j'ai... j'ai... non ! Pas trop motivée pour ça. Mh.

440 **D'accord. Donc c'est plus une histoire de temps en fait.**

Ouais. Ouais.

Plus une histoire de temps.

445

Après, je veux juste en revenir... parce que je fais de l'homéopathie, aussi, euh... j'ai fait une formation d'homéopathie de trois ans, donc je prescris pas mal d'homéopathie, que ce soit pour les enfants, en aigu, ou en traitement de fond. Par rapport au fait à... la... l'erreur au fait médicale, euh... je... je vois un peu le profil des patients que je... que je vois en consultation.

450 J'ai des patients qui sont pas du tout sensibles à l'homéo donc je parle pas du tout d'homéopathie, et par contre, les patients qui sont réceptifs à l'homéopathie, je leur prescris de l'homéopathie, mais régulièrement en fait y a une ordonnance à côté avec vraiment en fait le traitement si vraiment l'homéopathie ne fait pas effet.

455 **D'accord.**

Voilà.

Donc ça c'est vraiment pour prévenir l'erreur médicale pour les homéopathes. [Rires]

460

C'est ça. C'est ça. Mais après je vais pas m'amuser à pas mettre un... des antibio pour un... pour un bébé qui fait une otite. Je veux dire... c'est... voilà... je... On rajoute autre chose en homéopathie, mais... avec tout ce qu'on entend actuellement au niveau de l'homéopathie donc euh...

465

Donc c'est les p... les parents qui sont intéressés par l'homéopathie, ben vous leur proposer le choix tout simplement.

470 C'est ça. Voilà. Et puis après en général quand je suis des patients, je vois déjà quels patients au fait... veut surtout pas... enfin veut éviter les antibio, et plutôt se tourner vers... vers l'homéopathie quoi. Mh.

D'accord.

475 Mh.

Très bien. Bon on a fait le tour je crois. Je sais pas si vous aviez envie de rajouter quelque chose ?

480 Hum... Non. Après j'ai pas préparé votre... votre [éclat de rires]...

Ouais mais l'objectif c'était pas de préparer.

Du coup...

485 **C'est vraiment de...**

Ouais ouais. Mh.

490 **C'est vraiment d'enquêter sur votre façon de faire, et... sur... les moyens dont vous disposez. Donc, c'est bien, cette spontanéité elle est...**

Après ça me rappelle aussi ma thèse, mais bon... [rires]

495 **Ça rappelle des bons souvenirs j'espère, ou des mauvais ?**

Ouais, ouais. [En riant]

[Partie non transcrite dans un souci de confidentialité : moins d'une minute]

500 **D'accord.**

Mh. [Rires]

505 **Bon ben... Là il s'agit en plus, plus d'une étude qualitative, et... les données, ça va être... ben c'est des entretiens que je réalise avec... Alors pour l'instant, euh... j'ai à peu près une quinzaine d'entretien soit déjà fait, soit ... prévus encore.**

Mh.

510 **Et puis... et puis j'arrêterai les entretiens une fois qu'on sera à saturation des données.**

Mh. D'accord.

Et... j'espère terminer d'ici quelques mois. [Rires]

515 [Rires]

Merci beaucoup en tout cas de... de votre participation.

520 Mh. Je vous en prie.

[Fin de la transcription]

Entretien 3**Profil du participant :**

Code participant	3
Sexe	Femme
Age (ans)	44
Durée d'exercice (ans)	16
Zone d'activité	Urbaine, Rurale, ZFU
Mode d'installation	Association
Maître de stage	Non
Spécificité de l'activité	Urgences 24/7

Contexte de l'entretien :

Lieu de l'entretien	Cabinet Médical
Durée de l'entretien (mn)	19

Transcription de l'entretien :

Gras : Intervieweur
Normal : Interviewé
[...] : Paratexte

[Début de la transcription]

Alors, du coup la première question... Qu'est-ce que signifie pour vous l'erreur médicale ?

5

L'erreur médicale, qu'est-ce que ça représente, pour moi en tant que médecin, quand je n'ai pas posé le bon diagnostic. Avant d'avoir le problème médico-légal c'est déjà à mon niveau d'avoir pas su mettre une... une étiquette sur une pathologie.

10 D'accord. Et... seulement l'erreur de diagnostic, ou ça peut être autre chose ?

Euh... l'erreur diagnostique avant tout. Et... médic... médicamenteuse secondairement éventuellement. Mais t'as déjà une erreur diagnostique, t'auras une erreur médicamenteuse, ça va en découler. Voilà !

15

D'accord. Et vous arriveriez à différencier l'erreur de la faute ? [Petit silence] Vous la différencieriez comment ?

20 L'erreur de la faute ? La faute... c'est quand je me suis pas donné tous les moyens... pour euh... pour aboutir à un diagnostic. L'erreur c'est quand j'avais tous les moyens, et que j'ai pas abouti.

Ouais ben c'est parfaitement clair. Très bien. Et... à quels moments vous y pensez à ce risque d'erreur dans votre pratique ?

25

Tout le temps ! Tout le temps !

Tout le temps, tout le temps ? C'est-à-dire à chaque patient ?

30 A chaque patient ! Je travaille sur une... mais ça ça m'est propre... après je sais pas comment font mes collègues. Dans ma tête, j'ai un schéma mental, une trame, de... de travail, auquel je... je... je réponds, quel que soit le patient. C'est-à-dire que je vais examiner le patient, quel que soit sa... son motif. Bien sûr quand le motif est cardio-vasculaire je vais plus me centrer sur le cardio-vasculaire, avec un interrogatoire qui sera plus poussé, mais il n'empêche que j'examinerai le patient de bas en haut, de la même manière.

35 **D'accord. Et du coup, cette trame que vous avez dans votre tête, ...**

Oui.

40 **... dedans, y a quelque part ce risque d'erreur médicale qui est évoqué.**

Qui est toujours évoqué.

45 **Et qui va orienter du coup votre...**

Tout à fait !

Et ça, ça vous perm... sert à quelque chose ?

50 A me protéger, à répondre en fait à...

Face à ce risque d'erreur ?

Voilà ! A limiter ce risque d'erreur.

55 **Et... et quand vous redoutez l'erreur, vous redoutez quoi derrière l'erreur ?**

Le patient !

60 **D'accord.**

Les conséquences pour le patient. Pas... l'Ordre, le problème médico-légal. Mais euh... les éventuelles séquelles, voire le décès du patient. En fait c'est...

65 **Donc c'est surtout ça qui vous préoccupe.**

Voilà !

Le reste...

70 Je m'en fous.

D'accord.

75 C'est le...

Pour quelle raison vous vous en foutez ?

80 Parce que je suis un médecin et que c'est l'humain que je vois et non pas le...

Vous votre souci c'est ça ?

Ouais.

85 **D'accord.**

J'ai fait de la médecine pour ça. C'était le patient. Dans l'intérêt du patient.

90 **Et quand bien même c'est quelque chose qui vous préoccupe quand même ou jamais ?**

Jamais ! Jamais euh...

Vous pensez que ça nuirait à la qualité de votre travail peut-être ?

95 Si j'avais un problème...

[En coupant la parole de l'interviewé] Si vous aviez cette appréhension par rapport à votre...

100 Oui !

... à... aux cons... au préjudice que vous vous pourriez avoir ?

105 Oui ! Ça me nuirait parce que je ne serais pas totalement dans le lâcher prise. Et dans le... dans ce... ce besoin de confiance. Entre le patient et le médecin. Et que si j'avais derrière... oui je n'irais pas au bout, je serais pas aussi détendue que je le suis avec le patient. Et... après je suis pas dans la certitude, justement.

110 **Oui, oui.**

D'accord. Je suis dans l'incertitude, tout le temps. Mais je travaille autour de cette trame qui est la mienne.

115 **D'accord.**

Et qui est certainement limitée, parce que mes connaissances le sont aussi.

Mh.

120 Mais, elle me sert de support et aujourd'hui elle répond... elle répond à... à... je la pense exigeante vous voyez, et... suffisamment qualitative pour me permettre d'éviter ce risque médico-légal. Jusqu'à présent je n'ai pas eu, donc je suppose qu'elle est conforme à ce qui est... nécessaire.

125 **D'accord. Alors là en pratique, ...**

Oui.

130 **... alors vous m'en avez cité déjà... au moins un. Quels moyens vous utilisez euh... pour vous prémunir face à ce risque ?**

Euh...

135 **Vous avez déjà évoqué cette stratégie que vous élaborez...**

Ma stratégie à moi. Après y a tout l'interrogatoire. L'interrogatoire complet. Un examen clinique complet. Ça c'est ma stratégie à moi qui est mentale. Et après y a le support écrit. La trace [se tape une main contre l'autre]. La trace écrite qui pour moi... c'est l'élément...

140 **Elle vous sert à quoi cette trace écrite ?**

Au cas où y aurait un risque médico-légal.

145 **Donc ça c'est plus pour vous protéger vous ?**

Moi. Après sur le plan... par rapport au patient, c'est ma trame, et...

Si jamais vous revoyez le patient...

150 Exactement ! Et puis après euh... je suis très à cheval sur l'échange avec le patient.

Pour quelle raison ?

155 Parce que je veux qu'un patient, quand il... quand j'ai fini de le voir, il SACHE, ce que j'ai retenu, ce que j'ai compris de lui, et que lui, il ait compris ce que je lui ai dit. Donc je suis assez à cheval sur le... le dialogue.

160 **D'accord. Donc ça c'est important. Et en... et de quelle manière cette euh... bonne compréhension du patient va peut-être éviter l'erreur médicale ou... ou... les répercussions d'une éventuelle erreur médicale ?**

Ben, c'est un, c'est... c'est la base. C'est la base. Donc moi, un patient quand je... je lui ai prescrit quelque chose, je lui demande tout le temps s'il a compris...

165 **Mh.**

... si les choses sont claires avant de partir, je résume avec lui l'ordonnance, je lui explique toujours que si y avait le moindre... le moindre problème qu'il nous rappelle. Et... le moindre... la moindre dégradation, ou quelque chose de nouveau, qu'il n'hésite pas à revenir vers nous.

170 **D'accord.**

175 Après des fois il m'arrive de lui dire que, voilà, je ne suis pas sûre de moi, je suis aussi dans l'incertitude, et... euh... que je ne sais pas tout, que je ne peux pas répondre à toutes ses questions, et qu'on va avancer...

Comment ils le prennent les patients... ?

Bien ! Bien.

180

Ils le prennent bien ?

Bien parce que je suis comme avec vous, franc du collier, et je leur dis droit dans les yeux, euh... toutes mes limites humaines et professionnelles. Et voilà.

185

D'accord. Et vous pensez qu'ils prendraient comment... les patients ils prendraient comment les médecins qui sont à l'inverse euh... trop surs d'eux, trop... qui ne laissent transparaître aucun doute ?

190

Je pense qu'ils le prendraient mal.

Pour quelles raisons ?

195

Parce que euh... ça enlève... Pour moi ça nuit à la relation patient médecin. Je crois que... il faut savoir rester à son niveau. Et au niveau du patient. Et avant tout un médecin pour moi est capable de s'adapter. A chaque patient. Et à... C'est la base.

200

D'accord. Très bien. Et... alors, tout à l'heure on a évoqué les répercussions qui... possibles au niveau du médecin.

Oui.

D'une éventuelle erreur médicale. [Toux]

205

Mh.

Alors dans votre cas ...

210

[Interruption par un des associés du cabinet qui surgit dans la pièce pour poser une question].

Alors dans votre cas, euh..., dans votre cas y a euh... vous ne semblez pas préoccupée par les éventuels risques.

215

Il est... Il est toujours derrière, il est toujours en fond de... en fond de... en fond de mémoire si vous voulez, en fond de tête.

Mais vous le refoulez un petit peu si j'ai...

220

Mais je le refoule.

Voilà.

225

Parce que sinon ça nuirait, encore une fois, je pense à ma prise en charge, que j'estime être au maximum qualitative...

D'accord.

... de ce que je peux fournir au patient.

Vous pensez que vous feriez peut-être trop d'examens ou pas assez, ou trop de trucs... ?

230

Exactement ! Et ça perdrait dans la qualité entre la relation avec le patient.

D'accord.

235

Et, l'objectif de résultat, même si y a pas d'objectif obligatoirement de résultat.

Ouais.

Mais en tous les cas ça nuirait à cette relation patient médecin.

240

Ok. Et, alors quand bien même une erreur devait survenir...

Oui.

245

... euh... quels moyens, quels outils on pourrait mettre en place, des outils pratiques, ou des moyens pratiques, ... pour minimiser les conséquences de cette erreur ?

Je pense avant tout que... il faut... si y avait une erreur médicale, comment je réagirais, c'est ça votre question ? Déjà je prendrais contact avec le patient. Je réinstaurerais un dialogue. Ça me paraît être la base. J'essaierais de comprendre où est-ce que j'ai pêché parce que... si à un moment donné j'ai pêché... est-ce que c'est quelque chose qui relevait de mes compétences ? Est-ce que j'ai été dépassée par la situation ? Est-ce que c'était personnel, professionnel, parce que souvent les deux s'imbriquent ? Tu peux être fatigué, en *burn-out*, ou autre, avoir des limites à un moment X ou Y. Préoccupé par des soucis d'ordre personnel et pas être totalement investi dans ta... dans ta capacité professionnelle. Ou est-ce que c'était effectivement mes connaissances médicales qui à un moment donné n'ont plus été à la hauteur ? Et qui justifieraient qu'elles soient remises... revues. Et je pense, et c'est là que... je pense qu'il faut s... se former en permanence. Parce qu'à un moment donné on échappe... on échappe si vous voulez... A mon avis, à un moment donné on n'est plus à... à niveau. On est... on devrait être formé en permanence pour se prémunir de... de l'erreur médicale et améliorer ses connaissances. Savoir... Et moi je m'y atèle. J'essaie toujours de faire des formations.

250

255

260

D'accord. Quel type de formation ?

265

Je vais dans les DPC.

Mh.

C'est vrai que je sélectionne les sujets...

270

Ben oui.

... selon les... mes domaines de prédilection. J'aime beaucoup la psychiatrie.

275

Mh.

Mais, je pense que... oui il faudrait accent... accentuer les choses sur la formation médicale.

D'accord.

280

Et puis après, euh... ouais ça pour moi c'est la base.

Mh. D'accord. Et...

285

Peut-être une remise à niveau aussi, peut-être qu'il faudrait réévaluer chaque médecin à un moment donné de sa carrière. Vous voyez tous les cinq dix ans.

Ouais, donc là on est déjà sur la dernière question.

290

Ah.

La question des perspectives, des moyens à prop..., des idées. Pour améliorer.

Ouais mais vous pouvez déjà prendre note.

295

Mais on va commencer, on va commencer à... Si vous vous lancez là-dedans, ben je vais vous suivre alors.

Ouais.

300

Euh... donc on est vraiment sur cette... sur l'amélioration de la formation.

Oui.

305

Je vais déjà... vous demander d'insister un peu plus là-dessus. Comment on pourrait faire ?

Alors... je pense que...

310

Parce que ça existe déjà les formations ...

... il faudrait ...

... avec les DPC.

315

Ouais tout à fait ! Mais elles sont pas suffisamment... C'est pas contrôlé, on sait pas si les médecins les font. Je pense que... tous les trois quatre ans, c'est comme un permis de conduire. Vous voyez. On devrait réévaluer un médecin. Savoir si sur le plan intellectuel, parce que tu évolues aussi, un médecin il peut avoir eu des problèmes qui font qu'à un moment donné dans sa vie, euh... il a pu basculer dans l'alcool ou..., vous savez les médecins c'est pas parfait. Y en a qui ont plein de tares différentes ou alors des pathologies autres. Et... ne sont pas forcément encore aptes sur le plan psychologique parce que c'est un métier qui justifie quand même d'avoir une... une... toute sa tête, pour prendre en charge...

325

Et comment on les... on les réévaluerait ?

Et bien il faudrait qu'il y ait un comité... un comité de... d'experts. Et que chaque médecin à un moment donné... Y a un comité d'e... d'experts en médecine générale, comme y aurait un comité d'experts en ORL, euh... juge des capacités du médecin à pouvoir encore exercer ce...
330 ce métier. En tous les cas dans ce qu'il prétend être, semblablement chez nous c'est de l'urgence, ça n'en est plus. [Rires] C'étaient de l'urgence, ça n'en est plus. Mais, de savoir si tu es encore apte, à exercer ce métier-là, ou s'il faut que tu te réorientes sur quelque chose d'un peu plus souple, de la médecine du travail, ou... Vous voyez, c'est comme dans tous les métiers, au fond... au fond dans les autres... dans les autres métiers où t'es salarié, à un moment donné
335 tu passes devant un médecin du travail, t'as un patron, il estime si t'es capable ou pas encore d'exercer, un médecin c'est pas fa... c'est pas infallible non plus.

Et vous pensez que... ce genre de mesures seraient bien accueillies par les médecins ?

340 Non, mais je pense à l'o... non bien sûr que non parce qu'on est des êtres supérieurs [sur un ton ironique], et que...

[Rires]

345 ... mais ouais faut reconnaître les choses. On se prend pour Dieu. Et... qu'on a oublié... c'est là à mon avis que le bât blesse et que les problèmes médicaux aussi se mettent en place, c'est qu'il y a... toujours ce sentiment de médecin supérieur au patient. Moi je... je joue pas dans ce sens-là, je me mets au niveau du patient, et... Non je pense que ça serait très mal pris, mais c'est à l'Ordre d'ordonner ce genre de choses et puis... à pousser. C'est... c'est comme ça
350 qu'on prévient le risque. Mais... encore une fois je... personne n'est infallible, je ne me prends pas pour mieux que je suis, ou mieux qu'un autre médecin, hein. Je me l'applique à moi-même, je pense que je mériterais aussi d'avoir une expertise [éclat de rire]... pour savoir si je suis encore apte sur le plan des connaissances, et puis sur le plan intellectuel, à prendre en charge des patients. Mais je pense que c'est LA base. LA base.

355 **Ouais, ben là on est sur une belle idée... alors réalisable ou non, moi j'ose espérer que c'est... que... ça pour... ça pourrait...**

Ça pourrait.

360 **... être réalisable, parce qu'on le fait dans d'autres domaines. Pourquoi on pourrait pas le faire en médecine ?**

365 Vous êtes d'accord. Après je pense que... ce qui est important aussi, mais nous c'est pas notre cas, c'est quand les médecins sont isolés... je parle... mais ça c'est pas notre cas, je pense que l'isolement tend aussi à... emmener vers l'erreur médicale. Les gens sont seuls dans leur truc, voient plus personne, on n'est plus... on côtoie plus personne. Ici, on peut échanger.

Donc vous... dans les cabinets d'association, là, l'échange... est un moyen...

370 Est plus facile. Est un moyen de prévenir.

Du coup une de vos idées ce serait de... de généraliser on va dire...

375 L'association.

L'association.

380 Ouais. Je pense. Je pense. Moi, il m'arrive fréquemment, quand je sais pas, déjà de le dire au patient. Je n'ai rien à cacher. Je suis honnête. Et d'appeler un de mes collègues, et de dire « qu'est-ce que t'en penses toi ? ». C'est l'avantage du travail en groupe. C'est l'avantage. Et puis... Oui c'est ça. Ça me paraît être bien.

D'accord. D'autres idées peut-être ?

385 Non. C'est déjà pas mal ! Hein ?

Très bien.

390 Ça vous va ?

Super.

395 Bon écoute...

Merci beaucoup.

Je suis ravie.

400 [Interruption de l'entretien, puis reprise]

Voilà, donc y a une autre idée qui...

405 Une autre idée surgit brutalement de mon cerveau !

[Rires]

410 Euh... à un moment donné, nous avons mis en place un groupe de travail, on avait... on était une dizaine de médecins, chacun prou... pouvait proposer un ou deux cas qui lui avaient posé problème, que ce soit sur le plan diagnostique, thérapeutique. Et... sans préjugé de... sans avoir d'idées préconçues sur l'autre, mais c'est toujours difficile de se mettre en avant quand t'as rencontré une difficulté. Ça c'est aussi peut-être euh... les raisons qui expliquent l'erreur médicale, c'est que souvent le médecin, devant ses défaillances, a du mal à aller chercher des informations auprès des autres, du fait du jugement, ou de la peur du jugement. Et... donc on présentait un ou deux cas, et on demandait à nos collègues « Qu'est-ce que tu aurais fait ? ». 415 Finalement au fond, cette idée de formation extérieure, vous voyez de de de... de formation, de mise à niveau, on l'avait organisé chez nous, et c'était pas mal. Et ça libérait plein de trucs, et ça permettait de savoir comment l'autre aurait fait, et ça te faisait avancer. Ça c'est pas mal aussi. De faire au fait, dans un groupe d'association, à un moment donné, une fois par mois, un 420 débriefing de gros cas...

Un peu comme ce qu'il se fait en milieu hospitalier ?

425 Exactement !

Avec les RMM.

Ouais ! Ça, ça devrait être fait en médecine générale.

Ça devrait être fait en médecine générale ?

430

Ouais ! Je pense.

C'est vrai que c'est pas encore... Y a les groupes de pairs qui existent...

435

Ouais. Donc en fait c'est une forme de...

... mais qui sont pas sur le même principe. C'est des cas au hasard, c'est des cas aléatoires.

440

Ouais. Tandis que là chez nous, c'était cette idée de groupes de pairs, et c'était fortement intéressant, et en plus je pense que ça permet bien de souder un groupe et pas le laisser s'exploser. Bon.

Ben vous voyez que c'était... ça c'était un élément important à rajouter.

445

Et bien on verra alors.

[Rires]

Écoutez, je suis ravie si ça vous a été utile.

450

Super, merci.

Voilà.

455

[Fin de la transcription]

Entretien 4**Profil du participant :**

Code participant	4
Sexe	Femme
Age (ans)	32
Durée d'exercice (ans)	4
Zone d'activité	Urbaine
Mode d'installation	Association
Maître de stage	Non
Spécificité de l'activité	Hospitalière et Ambulatoire

Contexte de l'entretien :

Lieu de l'entretien	Cabinet Médical
Durée de l'entretien (mn)	53

Transcription de l'entretien :

Gras : Intervieweur
Normal : Interviewé
[...]: Paratexte

[Début de la transcription]

Et... et l'erreur médicale, c'est quelque chose auquel vous pensez ?

5 Ouais.

Ou pas forcément ?

10 Si si ! C'est quelque chose... à quoi je pense. Que je redoute. Et... et j'pense qu'ça m'est déjà arrivé de faire des erreurs médicales. Du coup j'y pense encore davantage.

Plus vous en faites, plus vous y pensez ?

15 Ouais, pour les éviter, pour ne plus les reproduire.

D'accord. Et... vous avez l'impression que en... y pensant davantage, ça vous ça vous permet d'éviter de... reproduire ou... ou que ça vous rajoute juste du stress ? Quelle impression vous avez... par rapport au fait de... d'avoir tout le temps cette... ?

20 Ben non, ça me rajoute pas du stress. Ça me... non ça va, je... j'arrive à trouver le bon compromis sans m'mettre trop de pression. Mais, ça m'aide à être plus consciencieuse, plus rigoureuse. Euh... Voilà. J'arrive à trouver le... le bon équilibre. Pour l'instant.

25 **Et si vous deviez définir l'erreur médicale, vous la définiriez comment ?**

L'erreur médicale selon moi, c'est... c'est euh... une prescription que j'ai réalisée, pas forcément médicamenteuse, qui a induit un tort au patient, qu'il m'a... qu'il m'a exprimé ouvertement. Qui n'a pas induit l'effet que... que je souhaitais et que le patient attendait.

30 **Et s'il l'a pas exprimé, c'est plus une erreur ?**

Si, ça reste une erreur, si moi je l'ai remarqué.

D'accord. Y aurait autre chose... ?

35

Si moi j'en étais consciente.

Il y aurait autre chose qui pourrait être une erreur médicale ou y a que... que ça ?

40 [Tapote son stylo contre ses doigts] Ben... dans le cas où le patient ne le réalise pas, qu'il y a une erreur, ben c'est... c'est tout ce qui relève de... quand on a l'impression qu'on n'a pas... parce que l'erreur médicale c'est l'erreur... selon moi c'est quand tu n'suis pas, on va dire les prescriptions médicamenteuses, mais aussi quand tu n'suis pas on va dire une certaine moralité. Quand t'es pas... quand... quand ta façon de faire ton travail n'est pas compatible avec... avec
45 des principes auxquels tu tiens. Qui ne sont pas forcément purement médicaux. Des principes moraux, des principes parfois spirituels, parfois... des choses qui dépassent le code de déontologie pur.

50 **D'accord. Et comment vous... Vous arrivez à faire la distinction entre l'erreur médicale et la faute ?**

Alors bonne question... L'erreur médicale et la faute... ? [En pleine hésitation] J'me demande...

55 **Pour vous c'est pareil peut-être... ?**

J'aurais peut-être l'impression que c'est pareil. L'erreur médicale... L'erreur médicale et la faute... [se parle à elle-même en pleine hésitation, suivi d'un long silence]. J'ai l'impression que c'est pareil. C'est pas pareil ? [Éclat de rire]

60

Ben je sais pas moi. [Sourire] C'est moi qui pose les questions normalement. [Rires]

[Rires] Peut-être que la faute c'est... quand y a vraiment un préjudice.

65 **Dans l'erreur y a pas de préjudice ?**

Si, y a aussi un préjudice. [Rires] Je sais pas. Moi j'pense que c'est pareil. J'aurais dit que c'est pareil. Ou peut-être que la faute c'est peut-être quelque chose qui relève pas forcément du médical. Je sais pas. Et l'erreur médicale, ben c'est médical. Je sais pas. Pour moi ça sonne
70 pareil.

D'accord. Bon ben c'est...

[Rires]

75

Vous savez des fois... des fois y a beaucoup de mots pour dire la même chose, hein.

Oui ! [Rires] Ben j'sais pas. Pt'êtr qu'y a une nuance que j'ai pas cernée en fait.

80 **D'accord. Et... et du coup vous y pensez à quel(s) moment(s) à cette erreur médicale ? Ou au risque d'erreur médicale ?**

Ben... Hum... Par exemple euh... ben je sais pas, j'sais pas si je peux donner un exemple euh... Juste hier en EHPAD euh... j'ai dû transférer une patiente que... qui était en détresse
85 respiratoire aiguë. J'ai dû la... faire admettre aux urgences et la question c'était est-ce que je l'envoie avec le SAMU ou juste avec une ambulance. Sachant que la dame elle était très altérée, et que selon moi, il fallait pas... aller très loin, dans... dans les gestes thérapeutiques. Il y avait une limitation de soins à poser. Et donc là, j'ai tout de suite dit « Attention, fais pas d'erreur ! Fais... Attention à ce... à dans quoi tu vas te lancer... ». Parce que... ça va ça peut impliquer
90 plein de choses, la patiente n'a plus les moyens de s'exprimer sur ce qu'elle veut sur ce qu'elle veut pas. Euh... et donc euh j'ai discuté avec un autre médecin, j'ai appelé les enfants de la patiente, pour voir ce qu'ils en pensaient, euh... si la patiente avait exprimé quelque chose avant qu'elle n'ait plus les moyens de s'exprimer sur euh sur une limitation éventuelle de soins, sur
95 la nécessité de l'intuber si jamais ça... ça tournait mal, enfin bref. Donc finalement, tout a été mis au clair après... après discussion... collégiale. Et tout a été tracé aussi. Aujourd'hui on sait que quand les choses elles sont pas tracées, et ben... on court aussi... on court certains risques. Et ben voilà, j'me suis sentie mieux, tout le monde était éclairé, tout l'monde était informé, et j'me suis lancée dans... dans le transport de la patiente sans en... sans appeler le 15. J'étais plus sereine. Si j'l'avais fait comme ça, sans passer par tout ça, j'aurais été moins bien, et
100 effectivement la famille aurait pu me le reprocher, et ils auraient eu raison de me le reprocher. Par exemple.

D'accord.

105 Donc c'est un petit peu avant... que... de prendre des décisions.

Mais c'est que... Donc là vous me parlez d'une décision qui est quand même lourde.

Ouais.
110

Une situation complexe, avec une décision... une décision qui est lourde de conséquence...

Mh.

115 **... et euh... mais euh... est-ce qu'il y a d'autres situations où vous allez penser à ce risque médical aussi ? Dans votre pratique.**

Ouais. Y a aussi d'autres situations. Même en médecine générale... de cabinet... Alors après j'arrive pas à avoir des situations comme ça des exemples en tête, mais...
120

C'est à peu près toutes vos consultations, à peu près... euh c'est seulement de temps en temps, c'est occasionnellement... ?

Occasionnellement.
125

Occasionnellement. Donc c'est pas si...

Ah parfois... En fait parfois on pense pas à l'erreur médicale quand on est sûr de soi. Quand on est sûr de ce qu'on fait.

130

Mh.

On pense pas à ça. Mais.... Je.... La... la question...

135 **Est-ce qu'en médecine générale on est souvent sûr de soi ?**

Non, pas souvent. Très rarement même.

On est rarement sûr de...

140

Rarement ! Rarement.

Donc on y pense souvent alors du coup au risque d'erreur médicale.

145 [Rires]

Ou alors on...

Ben en fait, quand les... quand on a des consultations qui se répètent, qui sont identiques...
150 malheureusement on pense m... peut-être malheureusement on pense moins à... au risque de
faire des erreurs parce qu'on travaille un peu de façon robotisée, c'est toujours la même chose.
Mais... mais y a des domaines dans lesquels ben moi je suis moins à l'aise, par exemple moi
les... les femmes enceintes je suis pas très à l'aise. Et donc quasi-systématiquement, avant de
prescrire un médicament je vais aller regarder sur... sur les sites de... sur les sites médicaux de
155 de référence pour les femmes enceintes, si j'peux prescrire telle ou telle chose, parce que j'ai
pas l'habitude, j'suis pas à l'aise, j'veux pas... j'veux pas faire d'erreur. Y a un risque pour la
mère, pour l'enfant, hum... voilà. Dès... dès qu'on est dans une situation où on n'est pas sûr
de soi ben y... on pense plus à l'erreur. Alors après à quelle fréquence ? On va dire... 50 % des
cas. Peut-être.

160

D'accord.

[Rires]

165 **D'accord, d'accord.**

Vous avez pas l'air satisfait [en riant].

Non, non. Mais moi je... moi je suis... A partir du moment où vous me donnez des
170 **réponses j'suis satisfait [en riant également]. J'avais une question, j'l'ai ou... Tout à**
l'heure ce que vous m'avez dit, ça m'a fait penser à une question qu'je suis en train de
chercher que j'ai oublié... Euh... Laissez-moi juste quelques secondes... [Silence] Ça me
reviendra plus tard. Ça me reviendra plus tard. Et... et vous du coup dans votre pratique,
par rapport à ce risque d'erreur médicale, est-ce que vous... est-ce que vous avez l'impression
175 **d'être suffisamment armée ? D'avoir des outils, d'avoir des moyens, des techniques,**

d'avoir eu un apprentissage euh... qui soit à la hauteur de la nécessité, de l'exigence qu'impose ce travail de médecin généraliste ?

180 Hum... [Temps d'hésitation] Est-ce qu'on est suffisamment armé ? Euh... Je sais pas si on est suffisamment armé. En terme purement... Moi j'ai l'impression que la meilleure arme pour ne pas faire d'erreur, c'est... c'est pas des armes techniques, c'est plus avoir la c... comment dire, avoir la conscience, avoir le souci, de ne pas faire l'erreur. Et ça ça relève de la personnalité de chacun, de comment il voit son activité, sa pratique quotidienne. Euh y a des pa... des personnes qui sont pas soucieuses de faire leur travail de façon rigoureuse, ne sont pas soucieuses de...
185 de... voilà de la qualité de leur travail et donc pff elles se permettent... d'être moins rigoureuses, d'être un peu brouillon, de faire à la va-vite, de faire passer le... la quantité sur la qualité. C'est... parce que dès qu'on est soucieux et ben on va... on va faire des recherches, on va faire... on va s'armer de ce qu'il f... ouais on va faire ce qu'il faut pour éviter l'erreur, dès qu'on se pose la question. J'ai l'impression. Après...

190

Le souci du patient quoi.

Ouais voilà, avoir le souci du patient. Est-ce que tous les pati... tous les médecins l'ont ? Moi, j'suis pas sûre. J'suis pas sûre hein aujourd'hui les... Faut pas se voiler la face, on est quand même dans une médecine... on fait de plus en plus rentrer des critères quantitatifs plutôt que
195 qualitatifs, euh... on fait rentrer des notions d'argent, de cotation, d'acte, euh... de rendement, euh... de concurrence euh... et le patient ben parfois il en... il en paie le prix, la famille du patient aussi pareil. Euh... Voilà donc s... si on oublie pourquoi on fait ce métier, euh... le sens qu'on lui donne, ben je pense qu'on est moins rigoureux et voilà. Après pff... sur le plan
200 technique hum, moi ce qui m'aide beaucoup c'est discuter en fait... avec d'autres médecins. Euh... prendre avis avec d'autres médecins, discussions dans des groupes, dans des colloques médicaux ou associatifs, où on parle de situations qui nous ont posé problème, et... et moi j'trouve que ça ça aide beaucoup.

205 **Discuter... en dehors du...**

En dehors.

... en dehors de la pratique...

210

Ouais. Ouais.

... de nos consultations. C'est pas juste... c'est pas que vous appelez un collaborateur...

215

Non. Non.

... pour lui demander son avis sur un patient.

Non, c'est en dehors.

220

C'est vraiment en dehors.

C'est vraiment en dehors. Euh...

225 **Dans des formations par exemple.**

Dans des formations... Dans des... Y a des associations aussi, de professionnels de la santé... qui existent. Euh... qui sont... qui sont très... très aidante et très... comment dire, qui mettent le... la notion de bienveillance et de non malveillance envers le patient, au centre de... au centre du soin, qui sont dotées de bonnes ressources médicales et déontologiques pour répondre à
230 certaines questions qui... qui nous posent problème. Euh... voilà, après... pff... Parce que sur... sur le coup souvent en cabinet, on a... là je viens de penser encore à un cas. J'avais peur de faire une f... une erreur... mais c'est pas une erreur qui va pâtir sur le patient, et encore je sais pas trop... une erreur de cotation. Une erreur de cotation, purement [finit sa phrase en riant]. Et donc, j'voulais appeler la sécurité sociale euh... impossible de les avoir, ça... ça ralentit la cadence... enfin on n'arrive pas à avancer, les patients qui attendent euh... Et
235 finalement, on laisse tomber, on fait payer au patient la consultation, qui n'a peut-être pas les moyens de la payer [rire nerveux], parce qu'on n'sait pas s'il est... s'il est à jour dans sa CMU, on sait... on sait pas, on n'a pas les moyens de le savoir rapidement. Est-ce que ça a un préjudice après pour le patient, c'est purement... c'est pt'êtr une... ? Est-ce que c'est juste une question
240 financière ou pas ? Pt'êtr que ça pose vraiment un souci pour le patient, peut-être que ça va influencer sur... je sais pas hein, le patient en question il me disait « Mais franchement, j'ai pas les moyens, j'ai pas non plus les moyens d'acheter mes médicaments, comment j'fais ? ».

Vous voulez dire pt'êtr qu'il ne reviendra plus, que sa pr... sa prise en charge elle sera... amoindrie à cause de ça ?
245

Peut-être ? Peut-être ? Peut-être ?

Donc ça deviendra alors à ce moment-là une erreur médicale aussi ?
250

Pourquoi pas ? Pourquoi pas, on peut aller très loin. [Rires]

[Rires]

255 Pourquoi pas ! Peut-être que je vais très loin, je sais pas, mais...

Hein, mais c'est... c'est...

260 C'est une question de... là c'est... c'est une question de... de justice, j'ai envie de dire.

Ouais. Non, mais je comprends votre raisonnement.

265 Le patient il a peut-être... il a le droit à avoir quelque chose et peut-être qu'il va pas avoir... il va pas y avoir le droit. Ça... tout ça parce que j'arrive pas à avoir une information rapidement euh et là ben du coup je ne suis pas suffisamment armée, sur le coup. Euh... et peut-être que le patient va en pâtir. Euh... là le patient en question n'avait pas les moyens, il me... enfin, il me disait « J'ai que tel et tel..., j'ai une certaine quantité, j'en ai besoin pour acheter les médicaments après, comment j'fais ? ». Voilà. C'est un exemple, un exemple. Peut-être que c'est pas un bon exemple.

270 **Non non, c'est un très bon exemple, et puis ça me permet de... ça me permet de rebondir justement sur la question que j'avais oublié tout à l'heure...**

275 Ah, elle est revenue. [Rires]

... qui est revenue. C'est... Parce qu'en fait vous y avez répondu, sans même que je la pose, mais vous y avez répondu que partiellement. Euh... et la question c'est... Pourquoi finalement éviter de faire des erreurs médicales ?

280 [Silence]

Elle peut paraître...

[Éclat de rire]

285

... bizarre, cette question. Mais c'est quoi... c'est quoi... Qu'est-ce qu'on redoute... ? En redoutant cette erreur médicale, on redoute quoi finalement ?

290

Ben on redoute... Moi personnellement je redoute deux choses. Je redoute les sanctions. Les sanctions...

De quel ordre peuvent-elles être les sanctions ?

295

Ben... des sanctions à tous les ordres. Des sanctions via l'Ordre... le Conseil de l'Ordre des Médecins, des sanctions peut-être pénales, des cons... enfin des... au niveau ju... du judiciaire, je sais pas je m'y connais pas trop. Mais j'ai peur des sanctions, à tous les niveaux. Qu'on m'empêche de pratiquer après mon métier, qu'on... qu'on me retire peut-être mon diplôme, qu'on m... qu'on me fasse payer des amendes inutiles injustes, ou peut-être justifiées mais j'ai pas envie de de pay... de perdre de l'argent, enfin... et... Ça c'est la partie purement sanction. Et... et ce que j'crains aussi c'est de n'pas... de... comment dire de... d'entraver à des principes qui me sont chers. Ça c'est... Là ça relève plus de ma conscience à moi, de ma morale à moi. Euh... j'ai... comment dire... j'fais pas ce métier... j'ai pas choisi ce métier juste comme ça par hasard, enfin, il y a des choses qui me tiennent à cœur, que... la rigueur, la bienveillance, la bienfaisance envers le patient, le... le voir guérir, pas le voir... s'aggraver parce que j'aurais fait quelque chose de... de... d'incorrect. Ça colle pas avec mes principes, et ça c'est plus de l'ordre de la moralité. Sans faire des discours de...

300

305

Donc vous appréhenderiez en fait finalement ces complications-là de l'erreur quoi. C'est vraiment quelque chose que vous appréhendez, qui pourraient vous rendre... si je comprends bien, triste, anxieuse. Mh.

310

Ouais. Pas satisfaite de moi-même.

315

Mh. Tout à l'heure vous avez insisté sur... c'est vrai que cette réponse-là elle est intéressante aussi, tout à l'heure vous avez plus insisté sur... euh... l'appréhension des répercussions négatives que ça pouvait avoir sur le patient.

Mh.

320

Mais c'est intéressant aussi de parler des répercussions qui pourrait y avoir sur le soignant hein.

325

Sur le soignant, sur nous-même, sur s... Ouais. Bien sûr. Ouais, bien sûr. Quand on n'est... pas satisfait de ce qu'on fait, on est aussi... ça génère aussi une espèce de... j'pense... on est moins sûr de soi après, ça génère une... un manque de confiance en soi... un... un... on est

moins à l'aise avec le patient, dans sa relation avec le patient, dans sa façon de communiquer avec le patient. Euh...

Ça altère la relation médecin malade ?

330

Ça peut ! Moi j'y pense ça peut.

Mh.

335

Plus on on sent qu'on fait un bon travail, plus on est à l'aise dans la relation avec... pas qu'avec le patient, dans tout dans la vie. Plus on fait les choses bien, plus on est confortable dans... dans sa rela... dans la relation avec l'autre. On n'a pas l'impression qu'on est... qu'on...

Et faire les choses bien ce serait quoi ?... Ce serait comment ? [Rires]

340

[Sourire] C'est des questions qui me semblent logiques mais en fait je sais pas comment... Faire les choses bien euh...

Ouais, désolé elles sont embêtantes mes questions.

345

Moi, j'ai l'impression que je fais les choses bien quand...

Mais vous m'avez donné des éléments de réponse tout à l'heure déjà.

350

Ouais.

Vous m'avez dit par exemple tout à l'heure euh d'abord le souci du patient. Ça c'est un truc sur lequel vous avez insisté.

355

Mh. Après...

Peut-être que faire les choses bien ça commence déjà par ça ?

360

Ouais, ouais.

... si j'comprends bien ce que vous m'avez dit tout à l'heure.

365

J'y pense qu'on fait les choses bien... après c'est peut-être un peu... égocentrique peut-être ou je sais pas, on fait les choses bien quand le patient nous montre une certaine reconnaissance, quand il nous dit... déjà quand il a guéri, quand on voit un patient qui va mieux, on sent qu'on a fait quelque chose de bien.

Mais ça voudrait dire alors que... si le patient ne guérit pas, c'est qu'on n'a pas fait bien ?

370

Non, pas du tout. Mais... Le patient peut ne pas guérir, mais il peut quand même se sentir satisfait de ce qu'on a fait. Par exemple un patient en soins palliatifs qui est en fin de vie, on ne le guérit pas. La pathologie ne fait que avancer, de façon... voilà on peut rien faire, elle va avancer elle va avancer elle va évoluer jusqu'au... jusque... jusqu'à la mort, mais le patient... on peut sentir le patient, comme la famille peut nous retourner des mots, des signes, euh... qui nous prouvent que ce qu'on a fait était bien, était suffisant, était... correct, du début à la fin.

375

Sans forcément qu'on l'ait guéri. De l'accompagnement, de l'écoute, des soins de confort... euh... de la présence. Voilà.

D'accord.

380

[Rires]

385

Non mais... très bien. Et du coup alors, maintenant ça me... J'en reviens finalement à la question euh principale, à laquelle vous avez déjà répondu tout à l'heure un petit peu. C'est... quels sont vos moyens finalement pour... pallier à ce risque, pour diminuer ce risque d'erreur médicale dans votre pratique ? Alors tout à l'heure vous avez commencé à y répondre à cette question en disant que... hum... vous... vous aimiez bien échanger avec d'autres professionnels de la santé, vous avez aussi cité euh la nécessité... d'avoir le souci du patient. Vous avez déjà dit... vous avez déjà donné quelques éléments de réponse. Est-ce que vous avez d'autres euh... outils, d'autres moyens qui vous permettent de prévenir ce risque ?... Alors c'est pas forcément des moyens où à chaque fois que vous allez les mettre en en... en pratique vous pensez au risque d'erreur médicale. C'est peut-être des choses que vous faites de manière automatique. Peut-être que c'est des outils intégrés dans votre... dans votre pratique auxquels vous ne réfléchissez même plus hein.

395

Mh. Ouais. Euh... Y a... Y a beaucoup de choses... j'pense. Déjà... Alors évidemment, la première réponse que... que j'ai envie de dire, comme ça qui vient tout de suite en tête, c'est la formation. Évidemment. Mieux on est formé, moins y a de risque d'erreur. Mais dans la formation, euh moi c'que j'trouve qui a manqué dans... dans la formation en médecine quand j'étais à la fac, ... Alors la formation purement médicale, la pharmacologie, les recommandations, les indications... ok, ça c'est... ça c'est bien fait. Mais moi j'trouve que... c'qui manque en médecine, c'est des... c'est la formation en éthique, en éthique médicale. Euh... j'trouve que ça manque profondément. En fait on a eu des cours d'éthique. On en a eu, mais on apprenait des lois... la loi Léonetti par exemple, sans... sans saisir comment elle s'intégrait dans la vie pratique, sur le plan... sur le plan éthique, sur le plan des soins... des soins de confort, des soins de fin de vie.

400

405

[Partie non transcrite dans un souci de respect de l'anonymat : une phrase]

410

J'l'ai apprise cette loi [en parlant de la loi Léonetti], qu'ce soit en cours de SH en P1, jusqu'à... jusqu'à ap... jusqu'à après pour les ECN, j'ai jamais compris comment elle s'intégrait... dans... dans la vie pratique sur le terrain quand on est dans une situation de soins palliatifs, et... et finalement on se rend compte que... si y avait plus de cours d'éthique vraiment sur le terrain, en stage... en STAGE vraiment... avec les... avec des PH et des PUPH qui montrent de l'intérêt par exemple, j'parle de la loi Léonetti en exemple, de l'intérêt pour les soins palliatifs, de l'intérêt pour les patients en fin de vie, et ben... et ben ça éveille, chez le... l'externe, l'interne, le souci de bien faire. Mais si l'interne, il est formé dans un service où ben le patient qui est en fin de vie, on va pas le voir pendant la visite... moi c'était comme ça, quand j'étais en cardio ou en médecine interne, le patient qui est en fin de vie, on le voyait même pas pendant la visite. On faisait les chambres les unes après les autres, « Écoute lui il est en fin de vie, c'est pas la peine qu'on le voit, l'équipe mobile elle... elle passera le voir plus tard. » Et on le voyait pas avec le... on avait toujours l'impression que c'était pas un patient intéressant, important, qui ne relevait pas de discussions de... euh... et ça... ben... pour moi ça manque de plein de choses.

415

420

Ça manque de rigueur, ça manque de... de de morale, ça manque de... Et... et... ça fait qu'on est moins... qu'on a moins le souci de l'autre, moins le souci du patient plus tard. Quand j'disais avant il faut il faut avoir le souci du patient, c'est comment on l'éveille... Comment on éveille ce souci ? C'est une affaire d'éducation ? C'est une affaire de personnalité ? C'est une affaire

425

de de formation ? Mais la formation comment on forme ? Comment on forme à l'empathie ? Comment on forme à... au souci éthique, au souci de de de pas faire d'erreur, au souci de faire attention au patient... c'est difficile ça... je sais pas.

430 **Alors là, avec ce que vous venez de me dire, vous en venez un petit peu à la à la question que je me réservais pour la fin. Donc on y reviendra tout à l'heure...**

D'accord.

435 **Sur comment on forme, comment euh... Mais...**

Et après... Alors j'ai pas encore fini sur les... sur... alors je parlais de la formation, c'est ça c'est le premier point.

440 **Après la formation si vous pouvez détailler un petit peu. Quel(s) type(s) de formation ?**

Ben...

Vous avez parlé de... ben la formation universitaire, tout ce qu'on a appris à la fac.

445

Ouais.

Et puis...

450 La formation... la formation est purement universitaire, donc les cours, la théorie... Après y a la formation aussi en pratique, c'est... la la médecine, c'est en pratique, c'est dans les stages... euh... euh... multiplier des des... hum... parfois y avait des stages où on le faisait, comment dire des espèces de staff où on discutait des dossiers problématiques euh... qui nous posaient souci où... où justement ben on... on on mettait... comment dire on partageait... on prenait

455 une décision collégiale avant de de... de se décider avec le patient et avec la famille pour éviter l'erreur. Euh... Moi j'trouve que c'qui aide c'est vraiment la collégialité, discuter avec les autres médecins, discuter avec les autres spécialités, avec les... même avec les paramédicaux, les transversaux, euh... Dans la formation, je sais pas comment ça pourrait s'intégrer ça ? Y a... y a un truc qui s'appelle les groupes Balint, vous connaissez ?

460

Mh.

Un truc qui ressemblerait à ça, ça pourrait être intéressant.

465 **Est-ce que vous, vous avez déjà assisté à des groupes Balint ?**

Ouais, j'ai déjà assisté, ouais.

470 **Vous avez l'impression que c'est... que c'est... une occasion euh efficace pour prévenir l'erreur médicale ?**

Ben... prévenir l'erreur médicale, ouais pourquoi ouais. Parce que...

475 **Et par quel biais ? Le fait de pouvoir se confier ?**

De se... de se confier, de partager des expériences en fait ! Parce que... y en a un il va raconter un cas qui lui a posé problème... Nous ça nous est pas arrivé, on va repérer ce qu'il a fait, euh les difficultés qu'il a eu, les choses qu'il a regretté de faire ou pas, et on va s'dire ben ok c'est... on a retenu quelque chose et on va pas le refaire nous. Euh...

480

Donc ça revient à ce que vous disiez tout à l'heure, tout ce qui est échange entre...

Ouais.

485

... professionnels sur nos difficultés, sur les problèmes qu'on rencontre...

Ouais, ouais. Aujourd'hui y a... internet, ben c'est présent partout aujourd'hui. Moi j'pense qu'il faut... alors y a des inconvénients avec... avec internet, mais y a aussi un... ça peut apporter plein de choses... [se rend compte de l'heure qui tourne] On est à combien de temps là ?

490

On est à 28 minutes.

[Rires] On est...

495

Mais c'est bien, moi j'ai le temps. C'est pour... c'est pour vous... [sourire]

[Rires] J'ai... Sur internet, y a... y a... des groupes... moi j'sais pas... chacun comment... comment il voit l'utilité de ces choses-là, mais y a des groupes... des groupes de débat, des groupes où on partage nos nos vécus, nos expériences, nos doutes, et... on peut rapidement poser une question, on a parfois une réponse bien plus... plus rapide, sur ces pages, par exemple une page Facebook, que sur... que si on appelle la sécu, ou l'ordre des médecins, c'est assez fou.

500

505

Ah ouais, donc on peut avoir en fait des réponses...

Ouais.

... par des non professionnels de la santé... ?

510

Non, ils sont prof... Dans ces pages Facebook y a que des professionnels de la santé !

D'accord.

515

Y a que ça ! Euh quand je parlais avant de de groupes associatifs, et ben ces associations ben ils organisent parfois des colloques, où on est tous ensemble et on discute. Mais ils ont aussi des pages Facebook, où il n'y a que des professionnels de la santé, des médecins, des pharmaciens, des dentistes, des sages-femmes, des kinés... Et... ben quand on a un souci, par exemple moi j'avais une question d'ordre... de dermatologie, j'suis nul en dermato, j'ai posté, j'ai demandé euh... ben j'ai pris des photos du patient, avec sa permission bien sûr, j'les ai postées... Et y avait des dermatologues dans le groupe ils m'ont répondu. Et ça m'a beaucoup... beaucoup aidé. [Rires]

520

Ouais, c'est un peu les groupes de paires 2.0 quoi ! La nouvelle génération. [Rires]

525

Ouais. Et pourquoi pas ? [Rires] Aujourd'hui il faut s'intégrer aux nouvelles technologies. Pourquoi pas, ça peut...

Et vous vous voyez en vrai de temps en temps ?

530

Ouais, on se voit en vrai. Donc ça fait que... on sait avec qui on parle. C'est pas des gens un peu... des gens qui sortent de nulle part. On sait qu'ils existent. Là, la dermatologue qui m'a répondu, j'sais qu'elle existe, j'sais qu'elle pratique. [Éclat de rire]

535 [Rires]

Et... et on connaît les modérateurs de ces groupes-là... on sait que... on sait qui ils font rentrer là-dedans...

540 **Que c'est sérieux quoi.**

Que c'est sérieux.

D'accord.

545

Euh... voilà !

Non, mais c'est intéressant. Donc là on a parlé finalement des moyens, et puis j'suis content parce que vous avez... vous avez évoqué pas mal de... d'outils et de moyens.

550 **Euh... donc les moyens pour éviter...**

J'aimerais juste signaler un truc, ça peut apparaître dans votre... dans votre... interview, y a un truc qui qui... sur lequel il faudrait travailler, c'est l'utilité des... du Conseil de l'Ordre des Médecins dans ces... dans les probl... dans... dans les situations où parfois on a des... où on sait pas quoi faire. Euh... moi rarement, j'arrive à avoir des réponses avec eux et j'trouve que c'est pas normal. Si jamais... [Éclat de rire]

555

Mais si vous êtes d'accord, ce sera...

560 Ben ça peut très bien apparaître franchement, c'est pas...

Ça apparaîtra ! Si vous voulez que ce soit censuré on mettra... du noir dessus mais...

Normalement... Je sais pas si... enfin, on cotise dans ces... dans ces... on doit payer une certaine cotisation, on est obligé de de de... d'appartenir au Conseil de l'Ordre pour pouvoir s'installer, pour pouvoir faire des... plein de chose. On cotise et finalement quand on a besoin d'eux, soit on n'arrive pas à les joindre, soit euh... soit euh... on arrive à avoir un médecin... il va réussir à nous répondre quand c'est des questions de certificats médicaux, d'arrêt de travail, d'accident de travail, et pour tout le reste, ben il va pas réussir à nous rép... enfin en tout cas moi, d'expérience, il va pas réussir à nous répondre. Il va me dire « Écoutez je vous conseille de... d'appeler un spécialiste, d'appeler à l'hôpital, d'appeler ici ou là », sur des questions de droit. Voilà.

570

Sur des questions de droit ?

575

Ouais de droit. Par exemple, c'est... j'ai souvent des questions de fin de vie, j'sais pas...

Est-ce que c'est leur rôle de répondre aux questions de droit ? Je sais pas moi, euh... est-ce que c'est... c'est... ça fait partie de leur mission de répondre à ces questions-là ?

580

Pour moi ouais. Je pense que c'est leur... Après, moi je pense qu'ils devraient... qu'ils devraient eux être armés. Soit... Parce que nous on fait comment alors du coup ?

C'est vrai.

585

Comment... Vers où... vers qui on se dirige ? C'est nos... c'est nos représentants. C'est... hum... ouais c'est nos représentants, c'est...

En gros, vous êtes... vous semblez un petit peu perdue quoi par rapport à...

590

A leur utilité.

... par rapport à tout ça. Par rapport à la... on va dire à la législation en vigueur en médecine générale quoi. Vous avez l'impression que on est un petit peu perdu.

595

Ouais.

On est un peu isolé, abandonné.

600

Surtout en médecine générale ! A l'hôpital...

Pourquoi surtout en médecine générale par rapport à l'hôpital ?

605 Ben à l'hôpital, y a une certaine collégialité, qui fait qu'on a... qu'on a toujours des médecins autour, qu'il y a une administration aussi au-dessus. On on... on sait vers... on on peut encore appeler un confrère, une consœur, euh... lui dire « Écoute, j'ai un souci avec le patient-là, j'sais pas trop comment faire, qu'est-ce que t'en penses, t'aurais fait comment, euh... ». Il va nous donner une idée, on va... on peut encore demander à quelqu'un d'autre, on peut parler avec le pharmacien si on a un doute sur une prescription, enfin voilà. Ici, on est... même si on est en

610 association, c'est... on est quand même isolé. On est quand même isolé. Souvent quand on est en association, ben on est quand même seul, sur le créneau où on est en consultation. Par exemple, moi j'suis avec un autre médecin, ben j'suis quand même seule là cet apr... ce matin. Si j'ai un doute, à qui j'pose la question ? Si je sais pas quoi faire...

615 **C'est vrai que votre avis, sur cette question-là, il est intéressant, parce que vous avez cette double activité.**

Mh.

Vous avez une activité hospitalière et une activité en... libéral.

620

Et...

Et vous avez... vous avez l'impression qu'il y a vraiment une différence entre les deux ?

625 Ah ouais ! Totalement ! Et ça me pousse... Cette lacune que j'ai en médecine générale me pousse à garder toujours un pied en salariat. C'est un des arguments qui me m... voilà qui me... voilà, qui me pousse à rester là-bas. Parce que... quand je... j'finis maintenant par m'adresser à l'hôpital où je travaille pour répondre à des questions qui sont purement liées au... au patient que je suis en libéral. J'sais pas si... si vous voyez ce que je veux dire ?

630 **Très bien.**

Et j'me dis heureusement. Heureusement... c'est plus facile pour moi, d'avoir les réponses.

635 [Interruption de l'entretien le temps d'une consultation]

Voilà, donc on reprend l'entretien. Et du coup on s'était arrêté sur le... sur la différence qu'on pouvait avoir entre le... la pratique libérale et la pratique hospitalière, en tant que salarié. Donc vous vous... vous vous sentez plus protégée par rapport à ce risque-là, et plus armée...

Ouais.

645 **En milieu hospitalier ? Si je reprends vos mots, c'est surtout grâce à cette collégialité qui peut exister en milieu hospitalier, et... en... [bégaiements] inversement en médecine libérale, vous vous sentiez un petit peu seule.**

Ouais. Et y a encore un autre point qui qui différencie le salariat au libéral. L'activité hospitalière, parce qu'on peut être salariée aussi en... en travaillant en cabinet de ville hein...
650 mais l'activité hospitalière c'est que à l'hôpital y a... une formation qui se fait un peu naturellement. Par des staffs, par des... par des conférences, par des... Du coup on est quand même régulièrement mis à jour dans les nouveaux traitements, dans les nouvelles recommandations, sans forcément avoir à faire un effort de... de formation. J'sais pas si vous voyez ce que je veux dire.

655 **Oui oui, je vois, y a une dynamique...**

Y a une dynamique naturelle, qui fait que tu restes à jour ! Dans les reco, dans les nouveaux médicaments. Alors qu'en libéral, si tu t'inscris pas en... dans des formations, dans des FMC, dans des DPC, dans des trucs comme ça, et ben tu risques rapidement d'être à la ramasse dans les nouvelles reco, de... d'être en retard, de n'être plus à jour.

Donc en fait en médecine générale de ville on est un petit peu... à la traine, donc de ce que vous racontez par rapport à...

665 Sauf si on est à fond dans les... dans les... DPC, FMC, et tout... mais c'est pas... tous les médecins... enfin... très peu de médecins le sont. A mon avis.
D'accord. D'accord. Et du coup comment on pourrait remédier à ce problème-là ? Comment on pourrait faire en sorte que... euh... la médecine générale rattrape un petit peu la médecine hospitalière sur cette problématique-là. Cette problématique de la formation continue, cette problématique de... Parce que les formations elles existent...

Ouais.

675 **Vous avez parlé de FMC euh... y a plein de formations qui sont proposées aux médecins généralistes. Et où il est le problème, pourquoi... pourquoi on a quand même ce sentiment... d'isolement et ce sentiment de... ?**

680 Pourquoi... ? Pourquoi les gens vont pas suffisamment dans les FMC parce que c'est vrai déjà ça existe, mais... Je sais pas, peut-être qu'ils ont pas le temps euh... ils sont tellement chargés par la médecine libérale... Je sais p... Franchement je sais pas. C'est une vraiment une question, je n'sais pas, j'ai pas d réponse. [Rires] Moi j'pense que... franchement... la m... la m... Moi j'pense que dans l'idéal, ça serait bien que tous les médecins généralistes aient une activité mixte. Franchement.

685 **Une activité mixte. C'est-à-dire ?**

Ben qu'ils aient tous une activité hospitalière et une activité libérale. [Rires]

690 **Tous ?**

695 Même... J'pense que même les spécialistes, ils devraient être comme ça. Euh... les médecins spécialistes qui sont en clinique, par exemple euh... par exemple ici dans la clinique à côté, les cardiologues ils ont... ils sont... ils sont tous en cabinet, et... et leur activité en clinique. Et ben... pourquoi c'est pas comme ça même dans les hôpitaux ? Pourquoi... ? J'trouve c'est très futuriste cette activité mixte où en fait on a un pied sur les deux, ça fait un bon relais entre... entre la médecine de proximité et la médecine hospitalière. Quand les patients ils sortent ils ont directement leur suivi en ville parce qu'ils sont suivis par des médecins qui sont aussi en ville. Moi j'trouve que c'est la... la médecine du futur les statuts mixtes.

700 **Et vous pensez du coup qu'il y aurait un gain pour la sécurité du patient...**

J'pense.

705 **... pour la sécurité du médecin ?**

Ouais. Ah ouais totalement ! Franchement ouais. Les patients déjà ils sont plus rassurés quand ils sont suivis par un médecin de ville qui est aussi à l'hôpital. Moi j'trouve. Ils sont... ils sont... ils sont plus rassurés parce qu'ils s'disent...

710 **Par rapport à quoi ?**

715 Ils s'disent « Si jamais j'ai un pépin, j'serai plus rapidement hospitalisé, euh... mon médecin... s'il est à l'hôpital et ben... il est plus à jour dans c'qu'il fait... », euh... moi j'ai l'impression. Moi j'ai l'impression. Pt'être que j'me trompe.

Ouais, je suis en train d'y réfléchir. Après j'me dis peu... j'me dis que le patient il peut avoir ce sentiment-là, même si le médecin est pas hospitalier.

720 Ouais bien sûr. Ça veut pas dire qu'y a pas... qu'il existe pas de rapport de confiance quand le médecin n'est pas à l'hôpital.

Voilà. C'est ça... c'est... ça dépend de ce rapport de confiance... comment tu le travailles avec ton patient.

725 Ouais. Si bien sûr. Ouais bien sûr, tu peux l'avoir aussi sans. Mais... j'ai quand même l'impression que ça apporte un plus... d'être à l'hôpital.

Ça c'est... Donc c'est un plus pour le patient ?

730 Et pour le médecin, comme j'ai expliqué avant.

Pour le médecin... alors de q... euh... de quelle manière ça lui apporte un plus ?

735 Ben... comme j'veus disais avant il est plus à jour dans... dans les connaissances. Il a de... il est plus... ben y a cette collégialité, y a un plateau technique à l'hôpital, euh... euh... si il veut faire des examens, ben c'est plus facile de les faire. Il est... Y a pas cet isolement qui... Après... Par exemple quand... Quand on est isolé, on va dire on n'a on n'a pas les moyens de faire hospitaliser tout de suite un patient, ben le médecin va l'envoyer aux urgences, plutôt que de l'hospitaliser dans un service direct. C'est pas une erreur médicale ! C'est pas une erreur
740 médicale, il a fait ce qu'il pouvait avec les moyens qu'il avait. Il a... il a pas les moyens, il a pas le temps, il a... il a pas les circuits, pour faire passer directement dans un service de médecine interne ou de gériatrie, donc voilà, le patient va aller avec une ambulance, il va attendre huit heures sur un brancard euh... il va attendre encore quatre heures dans un b...
745 pt'être huit heures dans un box, il va être en... en... comment ça s'appelle, au lit-porte pendant j'sais pas combien de temps. C'est pas la meilleure le meilleur des circuits pour le patient mais c'est pas la faute du médecin. C'est pas une erreur médicale. C'est juste un manque de moyens. J'sais pas pourquoi j'disais ça. Pourquoi j'disais ça ? [Éclat de rire]

Parce que j'pose des questions vagues. Et du coup vous vous dites plein de trucs. [Rires]
750 **Mais c'est ma faute hein !**

Non mais après les trucs qualitatifs il faut des questions vagues.

C'est vrai.

755 On est... on est un peu obligé.

C'est vrai, c'est vrai. Et... donc ça c'est c'est... mais c'est... j'suis content parce que... dans vos réponses y a des choses très très intéressantes, et surtout des choses nouvelles par rapport à ce que j'ai entendu jusque-là. Euh... J'suis curieux aussi de savoir qu'est-ce que vous... même si, pareil, encore une fois, vous m'avez déjà répondu avant que j'vous pose les questions, mais là ça va être l'occasion d'approfondir un petit peu. Qu'est-ce que vous pourriez proposer pour améliorer finalement euh... la prévention du risque d'erreur médicale en médecine générale ? A l'échelle d'une population globale de médecins généralistes, qu'est-ce que... qu'est-ce qu'on pourrait proposer ?
760
765

[Silence]

Alors tout à l'heure vous m'avez parlé du... d'améliorer la formation à l'éthique. J'trouve que c'est une idée intéressante.
770

Y a aussi...

Mais en pratique... comment ça pourrait se... comment ça pourrait se faire ?

775 La formation à l'éthique... en pratique... Et ben justement elle doit être pratique. Pas du tout théorique. Enfin, il doit il doit y avoir une base théorique, mais elle doit SURTOUT se faire sur le terrain. Euh... comment sur le terrain ? Euh... un stage en soins p... enfin... c'est peut-être abusé ce que je vais dire mais, les soins palliatifs c'est une spécialité qui apporte énormément d'éthique, qui nous soumet à des questions d'ordre moral de façon très importante. Euh... et
780 moi j'pense que ça devrait être une espèce de de stage un peu obligatoire pour toutes les spécialités [finit par un éclat de rire]. Franchement, parce que... on... pourtant on... si en plus on fait tous des soins pal... franchement on est tous à un moment ou à un autre on a des situations de soins palliatifs, de fin de vie, qu'on soit cardiologues, néphrologues, endocrinologues, peu importe, même les réanimateurs ils ont plein de situations de fin de vie
785 dans leurs... dans leurs services.

Est-ce que vous pensez qu'en pratique ce serait possible ?

Pourquoi pas ?

790

De faire un stage en soins palliatifs pour tous les étudiants ?

Pourquoi pas ?

795 **En fait ce serait un... un équivalent de stage d'éthique ?**

Ce serait un équivalent de stage d'éthique ouais.

Et ce stage d'éthique on pourrait le faire dans un service de soins palliatifs...

800

On pourrait l'faire aussi en réa, de l'éthique.

On peut le faire en réa.

805 Les réanimateurs ils sont très forts dans les questions d'éthique. Très très forts ils ont... ils sont... parce qu'ils ont... ils sont tout le temps dans des quest... ils sont tout le temps en face de la question... entre la vie et la mort. Tout le temps !

Alors ça c'est... ça c'est... c'est les questions éthiques autour de la vie et la mort ?

810

Ouais, effectivement, y a une éthique partout.

Mais est-ce que... est-ce que... la médecine générale aborde euh d'autres questions éthiques... sur d'autres problématiques ?

815

Oui, bien sûr. La question de... l'accès aux soins. La question de l'accès à la santé, c'est une question... très médecine générale. C'est le médecin généraliste qui qui... qui... qui ouvrent l'accès aux soins avant d'orienter des des patients vers des spécialistes, vers des examens, tout ça... euh... La question de l'accès aux soins pour tout le monde, c'est une question d'ordre...
820 d'ordre... d'ordre éthique ouais pour moi. Et le médecin généraliste y est y est soumis... comment y répondre ? Quand t'as des médecins généralistes qui sont débordés. Y a des médecins qui sont débordés. Et donc de nouveau les moyens à... les moyens à apporter pour éviter l'erreur médicale, c'est aussi d'aider le médecin généraliste, lui donner les moyens. Un médecin qui est débordé, qui... ouais qui est débordé, qui... qui est isolé, par exemple les

825 médecins en campagne, peut-être qu'ils sont plus à risque de faire des des... des erreurs
médicales. Comment on les aide ? Si ils ont pas un minimum de plateau technique autour...
Souvent on prétend les avoir aidé juste en... en leur donnant des ressources financières, en
plafonnant leurs... Est-ce que ça aide ça à éviter les erreurs médicales, j'pense pas. Euh...
830 Qu'est-ce que je voulais dire avant ? Avant que j'rentre dans ce... dans ce truc, j'disais un
truc...

Ça j'peux pas vous aider. [Silence] Si vous voulez j'rebondis sur une autre question...

Ouais rebondissez sur une autre question.

835

J'en ai encore en stock.

Ouais, allez-y rebondissez.

840 **Et... comment on pourrait... finalement... Au début de l'entretien on a parlé des
conséquences de l'erreur médicale sur le médecin. Donc vous avez parlé de cette baisse de
confiance en soi, vous avez parlé du risque euh judiciaire...**

Mh. Ouais.

845

**... du risque de sanction. Par rapport à ces risques-là, qu'est-ce qu'on... qu'est-ce que
vous faites, vous déjà, dans votre pratique euh... pour diminuer les... toutes les
répercussions que peuvent avoir les erreurs médicales, et... qu'est-ce que on pourrait
faire ? Est-ce que j'ai été clair ?**

850

Ouais. Euh... [hésitation]

**Alors vous avez parlé déjà de tous les échanges que vous pouviez avoir avec d'autres
professionnels de la santé, est-ce que vous avez l'impression que ces échanges-là peuvent
855 vous aider, le jour où par exemple euh... euh... vous seriez concernée par une erreur
médicale que vous... que vous avez faite, est-ce que... ces échanges pourraient vous aider
à gérer au mieux ces erreurs ?**

Dans leurs répercussions vous voulez dire ?

860

Dans leurs répercussions.

Ouais, j'pense qu'elles pourraient m'aider effectivement. Euh... Après pff... Y a aussi vous
savez, y a aussi... comment dire... ça va être con ce que je vais vous dire mais... faut quand
865 même être un peu... bien dans ses pompes en dehors de la vie professionnelle, pour être euh...
comment dire, ben faut pas être surmené par autre chose... c'est totalement con ce que je vais
dire je le sens mais... moi je trouve que ça aide, par exemple faire du sport régulièrement ça
aide, vous voyez, pourtant ça... [tout en riant]

870 **Mais non, ça c'est très bien, c'est pas...**

Euh... c'est pas... quelque chose qui est lié à notre vie...

Ça va... ça va aider à quoi exactement de faire du sport régulièrement ?

875 Ben... ça ça nous aide à plein de niveaux. Déjà ça permet de... comment dire de... de décharger le stress, une espèce de tension interne, sur le sport plutôt que de la décharger... à d'autres niveaux ben par exemple au travail en s'énervant, en ne prenant pas le temps avant d'prendre une décision ou des choses comme ça. Ça permet de se... de se challenger... de s'offrir des objectifs, de se... quand on se pousse à s'améliorer en faisant du sport, ben on se pousse aussi
880 à s'améliorer dans l'activité professionnelle, enfin je sais pas, moi c'est ma façon de voir les choses. Et... et du coup ça nous force aussi à... à chercher des informations... à chercher... à se poser des questions, à chercher des réponses... à... à partager des expériences, à partager des outils... Voilà. Avoir l'esprit... l'esprit comment dire... ouais challenger c'est-à-dire pas... pas se reposer sur ses acquis. C'est souvent ça qu'il se passe. En médecine générale surtout. Se
885 reposer sur ses acquis, « C'est bon j'suis installé, j'ai mon diplôme, j'ai ma patientèle euh... j'me forme si jamais j'ai l'temps ». C'est ça qui mène au... La routine mène au risque d'erreur.

Désolé mais j'veins revenir à ma question.

890 [Rires]

**Vous disiez que... vous envisagiez la possibilité de faire une erreur, et vous disiez que cette erreur qu'on... qu'on pour... qu'on pourrait faire, va entraîner chez nous une perte de confiance. C'est ce que vous aviez dit. Si je me souviens bien. Comment justement euh...
895 éviter d'avoir cette perte de confiance ? Vous dites cette erreur elle risque d'en... d'entraîner chez nous une perte de confiance, elle risque d'entraîner chez nous... alors je sais plus les mots que vous aviez utilisés, c'était pas honte, c'était pas culpabilité, mais peut-être que c'est ce que vous pensiez euh... bref en gros vous craigniez cette situation où... où... la relation... euh... médecin malade soit euh...**

900

On est moins à l'aise dans la relation.

... voilà entachée du fait de cette perte de confiance du médecin. Comment éviter justement cette situation-là ?

905

Je sais... soit j'me répète, soit mes réponses elles sont...

C'est le sport, c'est le sport ?

910 Non pas que ! C'est un ensemble de plein de choses.

C'est le fait d'être bien dans ses pompes ?

915 Non pas que. Y a ça [rises], mais pas que. Y a... y a se donner les moyens... Faut se donner les moyens. Je sais pas, c'est peut-être bête mais faut... la confiance en soi... dans tous les domaines de la vie, ne vient pas comme ça de façon... spontanée. Faut s'offrir les moyens. Y a un travail extérieur oui en faisant du sport, en ayant une bonne hygiène de vie, un bon sommeil, une b... bien manger, enfin voilà. Mais c'est aussi se donner les moyens dans la... dans la partie purement professionnelle... être rigoureux, se poser des questions, ne pas... ne
920 pas faire tout comme un robot, être critique vis-à-vis de ce qu'on fait, euh... euh... lire un peu, rest... faire un effort pour rester à jours dans les... dans les nouvelles connaissances... euh... lire pas forcément que dans le domaine de la médecine, lire aussi d'autres choses qui ne sont pas de la médecine, ça développe l'esprit critique. Ça développe l'esprit critique. Pour éviter de faire des erreurs, pour être conscient du risque d'erreur, faut avoir un esprit critique ! Et que...

925 et comment on développe cet esprit critique c'est tout un... c'est tout un débat, enfin c'est...
J'sais pas là maintenant j'ai l'impression que j'fais que d'me répéter. [Rires]

Non non c'est bien. Vous répétez certains trucs, mais y a des ptites... y a des ptites nouveautés. [Rires]

930

[Rires]

Non non c'est bien on a fait le tour. J'sais pas si vous aviez encore des choses à... à rajouter ?

935

Non, j'ai rien à ajouter.

[Fin de la transcription]

Entretien 5**Profil du participant :**

Code participant	5
Sexe	Homme
Age (ans)	62
Durée d'exercice (ans)	34
Zone d'activité	Urbaine
Mode d'installation	Association
Maître de stage	Oui
Spécificité de l'activité	/

Contexte de l'entretien :

Lieu de l'entretien	Cabinet Médical
Durée de l'entretien (mn)	30

Transcription de l'entretien :

Gras : Intervieweur

Normal : Interviewé

[...] : Paratexte

[Début de la transcription]

Donc en fait je vais pas vous... questionner sur votre expérience de l'erreur médicale, sur votre vécu de l'erreur médicale. Euh... ce qui va m'intéresser c'est surtout euh voilà les
5 outils, les moyens que vous mettez en pratique, à la fois pour prévenir l'erreur médicale, et aussi pour la gérer une fois qu'elle est survenue quoi.

Oui.

10 Euh... je sais pas si vous avez des questions par rapport à ça pour le...

Non.

15 D'accord. Donc c'est parf... c'est tout à fait confidentiel. Euh...

Je pense pas avoir d'outils particuliers euh... [soupir] On fait attention ! Il y a des pathologies qui peuvent être graves, donc on est en médecine générale dans l'incertitude, donc par définition, neuf fois sur dix, quand le patient quitte le cabinet, on ne sait pas ce qu'il a. Euh... donc on a des idées, c'est basé sur la prévalence des maladies, sur notre expérience, et euh...
20 malgré tout, ben il faut faire attention aux choses graves. Par exemple, une épidémie de gastro, on fait attention à l'appendicite. Euh une épidémie de grippe, on fait attention à la méningite, donc parce qu'on va avoir des tas de gens qui auront mal à la tête qui vont vomir. Euh... voilà. Donc on fait attention, en sachant que l'erreur est toujours possible hein... voilà. Donc euh
25 mais j'ai p... j'ai pas... j'ai pas l'impression d'avoir des outils particuliers.

C'est pas forcément des outils hein mais là vous venez de me citer par exemple une... une technique... de prévention de l'erreur médicale.

Ben c'est on pense... on pense aux choses graves.

30

Euh... on peut résumer ça au fait par exemple d'être... de garder à l'esprit le souci de certains diagnostics urgents...

Voilà !

35

... d'être systématique etc.

Oui. J pense qu'y a deux grands pièges en médecine. Euh c'est l'embolie pulmonaire et le certificat. Donc dès que quelqu'un est un peu oppressé dans la poitrine, qu'il est essoufflé, on fait attention à... on fait attention à l'embolie pulmonaire. Euh et puis l'autre c'est quand on nous demande des certificats, on fait attention à ce qu'on rédige, en étant très prudent. Mais voilà.

40

D'accord.

45

J pense que c'est plus facile pour les médecins expérimentés. Moi j'suis installé y a plus de trente ans, donc euh... j'ai vécu plein de choses donc en... les nouveaux patients nous rappellent inconsciemment des choses déjà vécues, et j'ai vu un certain nombre de méningites, j'ai vu un certain nombre d'embolies pulmonaires, j'ai vu... donc... voilà. Quelqu'un qui en a pas vu ça va être plus difficile pour lui. Plus compliqué à mon avis. Ou en tout cas plus long.

50

D'accord. Et alors pour commencer, je voulais vous demander peut-être de me... euh... de me dire pour vous qu'est-ce que représente l'erreur médicale, à quoi ça correspond ?

Alors j pense qu'y a deux choses. D'abord faut regarder si l'erreur médicale a conduit à... euh un dégât pour le patient. Parce qu'y a des tas d'erreurs médicales qui sont complètement anodines. Par exemple, euh... j'ai un patient, un gamin, euh on lui donne un peu plus fort d'antibiotique, d'amoxicilline par exemple, c'est une erreur médicale sauf que comme dans l'amoxicilline y a pas de toxicité, on est allergique ou pas et que c'est pas dose dépendant, qu'on donne deux fois la dose ou pas, y a aucune conséquence. Euh... de même que... il m'est arrivé de voir un de mes internes de donner un sirop antitussif à des enfants de moins de deux ans. Normalement on en prescrit plus. Mais j'ai fait ça pendant des années, il s'est jamais rien passé, je vais pas crier au... au drame, et j'ai jamais vu de gamin euh... avoir une inondation bronchique suite à un traitement fluidifiant, ou être complètement endormi avec un antitussif. Donc, c'est des petites choses. Par contre, il... vous avez des erreurs médicales qui sont... extrêmement dommageable pour le patient, et là il faut faire la... la grosse différence entre erreur et faute.

55

60

65

Et vous différenciez ça comment ?

70

Donc, par exemple, j'ai une patiente qui vient, qui... tousse, qui est un peu essoufflée, je l'examine, je vois rien de particulier, j me dis « Tiens, elle a pt'être une embolie pulmonaire », j'examine ses jambes, y a rien. Y a pas d'... d'œdèmes, voilà, elle n'a pas voyagé longtemps, y a pas de raison particulière de faire une embolie pulmonaire. Je prend ça pour une bronchite, je donne un antitussif et du Doliprane, et elle meurt deux jours après d'une récurrence d'embolie

75

pulmonaire qu'elle avait déjà faite. C'était à l'évidence une erreur médicale. Mais je pense que c'était pas une faute dans la mesure où, en ayant pensé, j'ai regardé ses jambes. Une autre patiente vient, je m'dis c'est une bronchite, je n'examine pas ses jambes, à mon avis c'est une faute. Y avait peut-être rien à ses jambes, mais le fait de penser à quelque chose... On a... on a pas une obligation de réussite, on a une obligation de moyens. Le fait de penser à une éventuelle phlébite des membres inférieurs... on peut avoir des... des phlébites internes, qui là... mais c'est extrêmement rare et on peut pas à chaque patient un peu comme ça on va pas faire des angioscan à tout le monde. Donc c'est pas possible. Donc c'est à partir du moment où on pense à des choses graves, qu'on regarde si y a pas des signes qui nous y font penser, ça ne veut pas dire parce qu'il y en a pas que y en avait pas, mais j'pense là c'est une erreur mais pas une faute.

D'accord.

Et la faute c'est après... Alors y a un autre terme qui ressemble et qui est complètement différent, c'est l'échec. Donc échec c'est complètement différent parce qu'on peut faire un échec sans faire aucune faute par exemple on donne un traitement... anticancéreux à un patient ben il il récidive malgré tout, c'est un échec médical, il y a pas de faute si on lui a donné le traitement adapté.

95

Et y a pas d'erreur non plus.

Voilà. Y a pas d'erreur, y a pas de faute.

100 **D'accord.**

Donc échec c'est on fait un traitement adapté, le patient ne réagit pas bien, et ça on... y peut rien. Faute... Erreur, on fait une erreur parce que on fait un mauvais diagnostic mais on a éventuellement pensé au diagnostic différentiel qu'on n'a pas pu détecter cliniquement. Et faute, on n'a même pas pensé et là on fait passer une perte de chance au patient parce que on... on a merdé quoi. Hein, c'est un peu ça.

105

On s'est pas donné les moyens comme vous disiez tout à l'heure.

Exactement. Hein, j'veux dire euh le patient qui a mal au dos, un monsieur d'une cinquantaine d'années qui a mal au dos depuis un moment, euh faut peut-être quand même faire une radio des lombaires, voir si y a pas un tassement vertébral, dû à une métastase osseuse d'un cancer de la prostate...

115 **Mh.**

... ben faut quand même à un moment... quelqu'un de vingt ans c'est autre chose. Mais il faut toujours penser euh... voilà. Mais... alors des fois on est fatigué, on est pressé... voilà.

120 **Et... du coup vous y pensez à quel(s) moment(s) à ce risque d'erreur médicale, dans votre pratique ?**

Presque tout le temps. J'pense que c'est... c'est...

125 **Vous parliez d'incertitude tout à l'heure... c'est finalement à chaque fois qu'il y a de l'incertitude ?**

Oui. Ben si... Oui ben... quand y a une incertitude et qu'il peut y avoir quelque chose de grave. J'veux dire quelqu'un qui a une mycose, j'm'en fous, hein, c'est pas... c'est... c'est... c'est pas quelque chose d'important. Euh... mais par contre... quelqu'un qui a mal au ventre, j'veux dire ben on a vu avec l'histoire du SAMU. J'veux dire... y a des... des douleurs à la poitrine... quelqu'un qui est en face de moi, un signe que je trouve très angoissant, on n'en parle pas assez, euh c'est la dyspnée au repos. Quelqu'un est là [puis imite un patient essoufflé], alors qu'il vient pas de courir, qu'il a attendu en salle d'attente, c'est pas normal. De même qu'une maman qui dit « Mon gamin n'est pas normal comme d'habitude », même si l'examen est normal, souvent je demande un avis aux urgences pédiatriques parce que la maman elle sent des choses.

Mh.

140 Hein, y a des trucs comme ça, des des petits signes, comme ça. Puis des fois y a [en faisant mine de renifler]... le nez qui remue un peu, comme la sorcière bien aimée, on dit « Là y a quelque chose de pas normal », et puis on va on va... j'demande à mon associé de venir, on dit « Voilà qu'est-ce que t'en penses ? », euh... voilà. Y a des fois on s'dit « Là y a quelque chose de de curieux ». Un patient qui a un discours particulier, qu'on connaît bien, qui est pas comme d'habitude, qui... on s'dit « Y a quelque chose ! » quoi. Mais ça c'est l'expérience j'pense.

Ouais, j'pense aussi.

150 J'crois que... Parce que ça, ça peut pas tellement se s... s'apprendre dans des cours, c'est des choses comme ça...

Après c'est de l'ordre de l'intuition aussi.

155 C'est ça ! C'est de l'intuition qui est... qui est nourrie par de l'expérience j'pense. C'est... Alors après la deuxième partie de votre... de votre... question était importante, c'est comment on gère quand on fait une erreur, et ben c'est dans l'explication avec le patient hein. C'est à dire que j'ai... j'ai... j'ai vu quelques articles... des patients qui avaient attaqué des médecins euh... pour erreur, disaient souvent « Ben si il s'étaient au moins excusés, expliqués, on l'aurait peut-être pas fait. » Et j'pense que ce qui est insupportable pour un patient c'est de sentir que le médecin a fait une bêtise et qui le reconnaît pas en disant « Moi j'suis docteur, vous savez rien, c'est moi qui ai raison ». Et ça j'pense que c'est insupportable, pour le patient. Il faut s'dire ben... Un exemple, il y avait une femme, qui... on trouve un cancer du sein, elle a cinquante-cinq ans, on lui a jamais demandé de mammographie et puis... elle vient dire « J'ai lu quelque part que dès cinquante ans il fallait faire », j'dirais « Absolument vous avez raison, [quelques mots inaudibles]... campagnes de dépistage du cancer du sein à cinquante ans, on n'y a pas pensé, je suis désolé, euh effectivement... », voilà, il faut dire les choses. Après si...

Les gens acceptent... ?

170 Ben ils acceptent ou pas ! Mais au... mais disons je pense que c'est un... d'abord c'est honnête, donc c'est jamais mauvais. Et puis deuxièmement, si ça peut faire penser à la personne que on est humain et que effectivement... voilà, peut-être que à cinquante ans on aurait rien eu hein, mais euh après c'est les experts qui verront en cas de procès mais...

175 **D'accord.**

J'crois qu'il faut... il faut il faut dire aux gens, s'excuser, dire effectivement... pas... commencer à... pas vouloir répondre et...

180 **Donc ça ça limite, en fait ça limiterait le préjudice au niveau du patient, de la relation... ?**

Non, ça limite pas le préjudice avec le patient, ça limite le préjudice secondaire au niveau du médecin si y avait procès.

185 **D'accord.**

Et ça permet... j'dirais, d'être humain. De s'excuser, que la... par exemple avec... Je sais pas ce qu'il s'est passé exactement avec la jeune femme du SAMU. Mais dire que... on envoie aux parents le compte-rendu de ce qu'il s'est passé, la manière dont on s'est moqué d'elle, sans explication, sans accompagnement, j'trouve ça fou ! On les a même pas reçu pour leur dire
190 « Voilà ce qu'il s'est passé, on a fait une grosse erreur, effectivement elle avait une maladie très grave qu'on n'a pas cru. » Ben non ! On envoie le... le compte-rendu audio, en disant... voilà, sans explication, sans... Mais c'est fou !

195 **Ouais moi j'ai pas suivi dans les détails cette histoire, mais c'est vrai que ça paraît invraisemblable ce qu'on a entendu.**

Et après le père a reçu par la Poste, euh le magnéto avec les derniers mots de sa fille et ce que disait... sans expl... Enfin ! Moi je... j'comprends pas. C'est... [en tapant ses mains contre le bureau et en riant jaune]
200

C'est vrai que...

V'voyez ! C'est c'est... donc c'est...
205

Vous pensez que la médecine est peut-être déshumanisée des fois dans certaines situations ? Et qu'il faudrait la ré-humaniser un peu plus ?

J'pense pas. Non mais j'pense qu'les gens... des fois ils ont la trouille. J'ai... le cas d'un interne.
210 Un de mes internes, il était en stage en pédiatrie, il a fait une erreur de de posologie de paracétamol, qui a conduit le gamin en réa. Qui est pas mort mais il s'en est sorti. Il s'est sauvé du service en emmenant le dossier. Il s'est taillé. Le chef de service m'appelle en me disant « Il faut le retrouver parce que... le service c'est lui qui écope, il est res... c'est le... c'est le chef de service qui est responsable tant qu'on couvre l'interne, mais nos avocats ne peuvent rien
215 faire si y a pas le dossier ! Là on est condamné d'em... d'emblée ! » [En riant] Il a perd... il a pété les plombs !

Et donc il s'est sauvé avec le dossier ?

220 Avec le dossier qu'il a détruit ensuite, pensant que ça... c'est l'autruche... pensant que ça... ça effacerait tout. Alors que les parents étaient au chevet du gamin en réa. Donc au lieu de dire « Ouais, j'me suis trompé, euh excusez-moi », heureusement il est pas mort, il y a pas eu de conséquences, juste quelque jours de réa, quoi enfin c'est... V'voyez c'est... Y a y a un côté

225 j'pense on s'affole, on sait pas quoi faire, on a perdu le côté... c'est pas inhumain, c'est... on a peur, j'sais pas, on réagit mal.

On sait pas assumer l'erreur.

230 Oui, parce qu'on s'affole, parce que... on croit peut-être qu'on est tout puissant. C'est la fameuse... blague... Vous savez la différence entre Dieu et un médecin ? C'est que Dieu lui il sait qu'il est pas médecin. [Rires] Alors que le médecin, des fois on se pose la question.

235 **D'accord, et sinon comme moyens de prévenir l'erreur médicale, est-ce que vous vous utilisez... vous avez parlé du fait d'être... d'être... d'évoquer dans votre tête certains diagnostics en fonction du motif de consultation...**

240 Oui ! Et puis on a on a quelques outils par exemple, y a deux sites que je consulte pratiquement tous les jours, c'est lecrat.org qui permet de savoir les médicaments chez la femme enceinte ou allaitante, et puis antibioclic qui permet de voir les dernières trucs en termes d'antibiothérapie...
245 Si vous voulez, on est avec un un savoir qui évolue tout le temps. Vous êtes encore très jeune, mais moi quand j'étais à votre place, les bébés si on les couchait pas sur le ventre, c'était une faute médicale, puis après c'était sur le côté, maintenant c'est sur le dos. Si c'est pas sur le dos, c'est une faute médicale. Tous mes gamins, j'en ai eu quatre, euh... on leur a... donné les légumes à deux mois et demi, fallait diversifier très vite. C'était obligatoire ! Ah, sinon on donnait une anémie, et y avait pas assez de fer. Maintenant c'est cinq mois que du lait sinon c'est une faute. Parce que c'est sensé...

C'est en train de repasser à trois quatre mois. [Rires]

250 Là ils disaient c'est pour les allergies. Euh moi je vois maintenant tous mes patients à qui j'ai mis des statines, j'suis en train de les enlever régulièrement, sauf en prévention secondaire, parce qu'on s'est fait avoir par les labo en prévention primaire. Les médicaments pour la maladie d'Alzheimer, on les arrête tous parce que c'est plutôt nocif qu'autre chose. Donc ça évolue sans arrêt, c'qui veut dire que... on est condamnable si on se tient pas au courant. Donc
255 il faut, se tenir au courant entre autres avec des des logiciels d'aide. Le Vidal, j'passe pas... je regarde quatre cinq fois par jour le Vidal pour savoir exactement la posologie actuelle et tout...

D'accord.

260 Le vieux médecin qui croit tout savoir dans son coin et qui pff... Le fait d'avoir des internes ça aide vachement hein !

Ça aussi ça vous aide ?

265 Ah oui, moi je... J'ai un vieux à moi... un vieux maître à moi qui était interniste à l'hôpital et j'lui ai demandé « Maintenant que j'ai... j'ai fini ma formation initiale, quel est le meilleur moyen de se former pour être au courant ? », il m'a dit « Enseignez ! ». Et il a eu vachement raison. Parce qu'on a des internes qui posent des questions. Eux ils savent plein de trucs qu'ils nous apprend. Le fait que quelqu'un qui regarde ma pratique en me disant « Pourquoi tu fais
270 ça ? », alors j'dis « Ah oui j'l'ai fait comme ça, c'est intuitif, il faut qu'j'essaie de comprendre pourquoi », alors j'essaie... je sais pas pourquoi. Le fait d'essayer de comprendre pourquoi ça permet de de mieux se situer [en riant]. Parce qu'on fait plein de choses, je réfléchis pas, c'est comme ça j'le fait ! Et puis ça s'passe bien. Mais j'aime bien les questions qu'ils posent.

Mh.

275

C'est rigolo, « Pourquoi vous faites ça ? »

Effectivement ça remet...

280

Mais j'pense c'est la question la plus importante en médecine c'est pourquoi. Pourquoi on fait ça ?... Pourquoi ?...

Et on s'la pose pas assez vous pensez ?

285

Ben j'pense oui, on fait les choses comme ça. On re... parce qu'on est... on est quand un profession... on prend je sais pas combien de décisions tous les jours, des décisions importantes hein... avec des tas de raisons, le patient a des symptômes, il faut le soulager, euh y a des maladies, des traitements, des examens complémentaires, faut annoncer des choses aux gens, pas si mal, pas trop, est-ce qu'il faut... secret professionnel... et des fois on prend pas le temps

290

de dire pourquoi. Par exemple, y a y a une chose importante. On dévie un petit peu mais...

Je vous en prie.

295

... j'pense que c'est important. C'est de réfléchir sur le système de santé dans lequel on est. Par exemple, en France, on est par rapport au secret professionnel, comme les pays du Sud de l'Europe, c'est qu'on privilégie la société à l'individu euh l'individu à la société. Les pays du Nord de l'Europe c'est l'inverse, ils privilégient la société à l'individu. Dans les pays scandinaves, vous avez un patient infecté par le VIH, on fait du *tracing*, on lui demande tous ses partenaires sexuels, et on va sonner chez Mr Untel, Mme Untel, « Vous avez eu un rapport avec Mr Untel, il est infecté par le VIH, il faut faire un test », c'est normal. En France vous faites ça, vous êtes condamné.

300

C'est inenvisageable en France.

305

Mais, et là-bas dans les pays nordiques, c'est la société prime, et donc ils limitent les infections comme ça. Mais chez nous, on se dit, et à mon avis avec raison, que si y a pas de secret, les gens viendront pas se confier. Et donc continueront à contaminer sans faire de test. Mais... c'est c'est intéressant de dire que ce qui est bon c'est pas si loin la Suède, la Norvège, hein... Nous c'est... voilà, c'est comme ça. Et alors, le problème qui se pose, c'est que on vit... dans

310

notre profession avec un code de déontologie et une éthique médicale. Certes, ça régit tout. Et vous comme moi, on a quelque chose de plus important qu'on appelle la morale personnelle avec un M majuscule. Et la morale, la vôtre, la mienne, c'est pas la même, ça vient de... de notre culture, de plein de choses, c'est avec un M majuscule, ça se discute pas ! Alors que l'éthique, la... ça se discute pas. Et tant que votre morale personnelle est en accord avec le reste,

315

tout va bien. Et moi j'ai eu un cas comme ça où la morale n'allait pas du tout parce que j'avais un patient infecté par l'hépatite B qui voulait pas dire à sa copine. Et ils avaient des relations sexuelles parce qu'ils voulaient un enfant. Et j'me suis dit « Elle va choper une hépatite B, en plus on peut la vacciner ! », et ben j'suis allé chez eux, il était là et elle était là, j'l'ai dit ! J'ai dit « Y a un problème, il vous dit pas quelque chose. » Je supportais pas. Heureusement pour

320

moi il a pas porté plainte. Il vivait chez elle, elle l'a viré ! Donc il a eu une perte de revenus, et tout... Mais... je sais que la non-ass... la non-assistance à personne en danger est moins importante par rapport au juge que le secret professionnel. Donc j'aurais sans doute été condamné, mais je... je... je pouvais pas me regarder le matin en m'disant « Mais putain, je dis

rien, elle va peut-être mourir ! » Et votre morale... et donc c'est ça le problème c'est que dans
325 notre pratique, quand la morale personnelle [inaudible : deux mots]... on est loin de l'erreur
médicale, mais disons, à un moment on s'dit « Qu'est-ce qu'on fait quoi ? » C'est euh... Voilà.
[Rires]

[Rires] Ah mais c'est une parenthèse sympa, y a pas de problème.

330 Voilà. C'est... c'est...

Ben il faut... c'est vrai il faut du courage pour prendre certaines décisions et... faire certaines choses.

335 Oui. Oui. Et alors, les erreurs on en fait tous, j'veux dire euh voilà. Moi il m'est arrivé une fois
de... de... de passer à côté de fracture. Quelqu'un qui était tombé, j'examine le doigt, ça me
semblait pas... j'ai pas demandé de radio, et deux jours après j'ai un collègue qui m'dit « Tiens
y a pas une fracture de l'index ? », bon.

340 **Mh.**

Après j'ai téléphoné, je m'suis excusé. Une autre chose, une fois une épidémie de gastro, j'suis
passé à côté d'une appendicite.

345 **C'est le classique.**

Et le le lundi matin, c'est c'est... y avait encore des gardes dans notre commune, c'était y a une
vingtaine d'années, j'ai un collègue qui m'dit « Ah t'as vu madame Untel ? », j'dis « Oui ».
350 « Ben elle avait une appendicite ! » « Et alors ? » ... « Ben elle a été opérée, y a pas eu de
souci. » Mais... voilà. C'est euh...

Mh.

355 Donc je suis encore plus prudent. [Rires] Mais, voilà !

Vous évoquiez tout à l'heure le fait d'être soucieux, de... d'inquiétude par exemple des parents...

360 Ah ouais !

... de l'entourage... Vous pensez que ça aussi ça peut... ?

Je pense que le patient sait beaucoup plus de choses sur lui-même qu'on peut l'imaginer. Et que
365 des patients qui disent « Ce médicament il me fait pas du bien. », j'insiste pas. Voilà. Y a... y
a... y a des choses comme ça que sentent les gens et nous... de quel droit on pourrait imaginer
qu'on sait mieux qu'eux. J'crois pas. J'crois pas. Donc on est... Alors, quand j'étais à votre
place, on était... paternaliste, « Je sais ce qui est bon pour vous, faites ce que je vous dis et tout
ira bien. » Maintenant on est conseiller de santé, « Je vous informe, vous faites ce que vous
370 voulez. » C'est vachement mieux. Avant par exemple, un gars qui avait fait deux infarctus, qui
continue à fumer je m'disais « Putain, j'ai pas réussi, j'suis mauvais. » Maintenant, j'l'ai
informé, j'lui dis « Vous savez chaque fois que vous fumez, les artères coronariennes ça se
ferme, vous pouvez refaire un infarctus. » Je l'ai informé. Et je me lave les mains de ce qu'il

375 fait. [En se tapant les mains l'une contre l'autre] Complètement ! Et quand il sort de ma consultation en m'disant « Vous savez je fume encore. », et ben je prends le patient suivant, en étant neutre. Alors qu'avant, pendant toute la journée, j'dis « Mais putain, comment j'peux faire pour le convaincre ? » Maintenant c'est fini ces conneries ! [En riant] C'est fini ! Voilà, c'est... les choses ont changé un peu. MAIS, faut les informer.

380 **D'accord. Et faire de cette manière-là, y a plus de confort du coup pour le médecin...**

Ah ouais.

... y a plus de... ouais.

385

Ah ouais. Alors on pense... y a des... y a des petits trucs, par exemple, j'avais un de mes maîtres qui me disait euh « Vous vous rendez... vous n'avez pas l'impression qu'y a des gens qui fument beaucoup, vous... ils n'arrivent jamais à arrêter de fumer, et puis un jour ils arrêtent comme ça, et puis un ou deux mois après vous trouvez un cancer du poumon. » J'dis « Ouais, c'est... ouais, ouais. » Il me dit « Je sais pourquoi ils ont arrêté de fumer. Ils ont eu des petites hémoptysies. Quelqu'un qui arrête de fumer sans raison comme ça d'un coup, c'est qu'il a eu la trouille parce qu'il crache du sang. A ce moment-là, faites-lui une fibro. » Et y a des trucs comme ça qui me... qui me marquent et je pense qu'il a raison.

395 **C'est vrai que ça j'avais jamais pensé à ça.**

Oui ! Parce que quelqu'un qui... qui arrête bru... alors soit y a y a un copain qui dit « Écoute j'en ai marre de t'embrasser, on dirait un cendrier froid », mais autrement y a y a pas... Vous savez pourquoi les femmes deviennent très obèses ? Pourquoi une femme dev... grossit ? Parce que des fois... bon y a des problèmes de de de thyroïde et tout, mais des fois vous avez des femmes c'est... on s'demande ? Ben les psychanalystes, et j'pense qu'ils ont raison, disent que c'est un refuge contre la sexualité. Parce que techniquement quand on est très obèse c'est compliqué. Et quand on pense obèse... zéro baise... Et moi j'avais une patiente obèse, elle a commencé à maigrir comme ça... alors j'dis « Mais vous faites exprès ? » [Avec un air d'étonnement] « Non ! Ça va. » Elle avait pas de pathologies, elle avait un amant. Elle voulait baiser... de nouveau.

Et donc c'est pour ça que...

410 Qu'elle a maigri ! Mais oui ! [Rires]

[Rires]

415 Ah ben... les gens... On est là avec nos gros sabots, à essayer de comprendre des trucs mais... [rires]

Des fois c'est tout simple.

Voilà !

420

Et... Ben du coup ça nous amène à la... à... à la dernière... grande question, la dernière grande partie, c'est quelles idées vous... vous... vous auriez pour éventuellement... à mettre en place à l'échelle d'une population importante de médecins généralistes, pour...

425 **améliorer notre... nos prises en charge, pour améliorer nos moyens face à ce risque d'erreur médicale ?**

Ben, pff... connaître les recommandations pff... c'est toujours pareil, la formation.

430 **Ouais, mais en pratique, ça existe déjà la formation. En pratique, qu'est-ce qu'on pourrait faire pour qu'elle s'améliore ?**

Oui. Mais je... je... Alors, classiquement sur l'erreur médicale, je sais pas.

435 **Après c'est d'une manière générale je pense, la formation...**

Je sais pas, euh... pff... j'pense qu'y en aura toujours. Essayer d'en avoir le moins possible c'est mieux, mais... essayer d'être à l'écoute du patient, voilà c'est...

440 **Par exemple, tout à l'heure vous parliez de l'importance de... une fois qu'une erreur a pu être commise, pour bien la gérer, vous parliez de l'importance de l'assumer dans un premier temps, et puis d'en parler, à la fois avec le patient, éventuellement avec... euh les collègues...**

Mh.

445 **Par rapport à cette... cette euh... ces difficultés qui sont rencontrées dans la gestion de l'erreur médicale, qu'est-ce qu'on pourrait faire en amont, euh pour améliorer les choses auprès des des jeunes médecins, ou même des médecins plus expérimentés ?**

450 Je vois pas trop. Par contre, je vois en aval, le... J'pense qu'une erreur médicale, si on la partage pas avec des collègues qui peuvent nous aider à comprendre, on peut mal le vivre et aboutir à des catastrophes, des suicides, des choses comme ça.

455 **C'est une des raisons pour laquelle cette étude se justifie d'ailleurs.**

Et j'pense que... j'pense que là, parce qu'on a un exercice relativement solitaire, bon sauf quand on est en cabinet ou en mais... en cabinet de groupe ou en maison de... d'association... mais j'pense c'est du hein. C'est...

460 **Donc là vous pensez alors du coup que le fait d'être en cabinet d'association protège ?**

SI on accepte d'en parler, et si les collègues ne se moquent pas !

Sont à l'écoute.

465 Sont à l'écoute. Si on t'dit « Là, t'es vraiment nul sur ce coup-là... »

C'est pas toujours le cas ?

470 J'en sais rien, nous nous on a beaucoup de chance, mais je sais que moi j'ai des... des... des collègues qui me disent « Ben mon associé il refuse de partager le dossier patient ». Ça fait bizarre quand même. C'est pas... enfin vous voyez y a... j'pense qu'y a des associations qui se passent pas bien. [Rires]

Ouais ben... c'est vrai qu'après on perd tous les bénéfiques de l'association.

475

Ben oui ! Alors si en plus euh on vit un truc, on n'ose même pas en parler aux autres... Et... Moi j'ai j'ai... Y a eu des formations au *burn-out*, sur le *burn-out* des médecins hein. Et j'étais à l'OGC donc j'm'occupais de v... de rec... de valider des dossiers de... que proposaient les associations de formation pour qu'ils soient payés avec de l'argent public. Hein. Y en avait c'était pas mal, c'était... c'était des demi-journées, on parlait... des problèmes de *burn-out*, mais on... mais ils disaient... moi j'ai trouvé... alors j'ai complètement saqué leur proposition, ils disaient voilà « On va faire faire un petit test à tous les gens qui veulent s'inscrire, en quatre ou cinq questions, et si on pense qu'ils ont un *burn-out*, on les refuse, parce qu'il faut pas que ce soit thérapeutique, ça va perdre le temps de la formation. » [Rires] Alors j'disais « Putain les mecs, ils font un truc... alors forcément un truc sur le *burn-out*, j'ai l'impression que c'est peut-être moi j'm'inscris », et puis on est saqué, en vous disant « On vous prend pas ! » J'dis mais c'est horrible ! J'ai dit... euh euh [toujours en riant] J'ai trouvé ça...

480

485

Faut comprendre la logique de tout ça, c'est bizarre.

490

Oui. Parce que... Moi j'ai compris la logique, en disant à partir du moment où les discussions vont être embouteillées par des cas personnels « Voilà ce qu'il m'arrive, voilà ce qu'il m'arrive » ...

495

Ouais ça va...

L'animateur il va s'dire « Putain celui-là faut lui... », mais ça va pas quoi !

En général ça enrichit plutôt la formation...

500

Je trouve. Ça peut si l'animateur est bon.

Oui, après l'animateur [inaudible : un ou deux mot(s)]...

505

Et c'est vrai... Alors, heureusement maintenant, la profession se féminise, et donc y a de plus en plus de femmes qui veulent travailler moins au niveau horaire hein. C'est fini les horaires de soixante heures par semaine en ca... en médecine générale, heureusement hein. Mais c'est vrai que... Et le *burn-out*, tous les indicateurs disent qu'on s'intéresse moins au patient, on fait moins gaffe, on fait forcément plus d'erreurs. C'est un peu...

510

Ben y a une... y a une... y a une étude justement qui a été faite et qui montre que c'est lié hein. L'erreur médicale, un des facteur les plus... les plus favorisants c'est les conditions de travail, c'est le *burn-out*, et puis inversement, l'erreur médicale elle-même va entraîner aussi...

515

Voilà !

... des... des décompensations psychologiques...

520

Forcément, c'est sûr. Mais je vois pas comme ça... j'aimerais bien connaître... mais un outil de... de prév... Ouais, j'vois pas comment ! Hein c'est...

Oui, j'ai déjà quelques idées déjà dans ce que... dans les médecins que j'ai déjà interrogés.

525 Ou alors faire... alors ce serait peut-être lourd, c'est faire un *check-up* complet après chaque consultation, un peu comme les pilotes d'avion, avant de décor... de décoller l'appareil... Est-ce qu'y a ça... est-ce qu'y a ça... V'voyez c'que j'veux dire ? On met ça en disant « Voilà, il avait telle pathologie, dans telle pathologie, qu'est-ce que je... j'veis vérifier, qu'j'ai tout vu quoi ! »

530 **Après v... même vous, sans vous en rendre compte, vous en avez cité quelques-unes. Par exemple vous avez parlé euh... j'en reviens au fait d'être associé à plusieurs dans un cabinet...**

Ah ouais.

535 ... et d'échanger... et donc là c'est quelque chose... éventuellement comme idée d'amélioration, c'est quelque chose qu'on pourrait essayer de généraliser, euh l'installation en association, avec éventuellement euh...

540 Un ptit moment de débriefing.

Voilà, avec des... avec des réunions, euh entre les associés, de débriefing...

Oui. Oui.

545 **Donc ça c'est des choses qu'on peut organiser...**

Tout à fait ! Tout à fait. Ça ce serait pas mal.

550 ... facilement... Et puis y en avait aussi une autre euh... alors... vous avez parlé de formation... Euh... C'est vrai que les formations existent déjà... mais peut-être... pour les généraliser, pour les...

Ouais.

555 ... vous avez dit que sur l'erreur médicale y en avait... vous aviez... y avait p...

560 Ben nous dans notre commune, on a on a un très bon cabinet de cardiologie, ils sont plusieurs, donc euh... je vous donne un exemple, j'un un patient, il est un peu oppressé, j'téléphone, il le voit dans la journée, dans notre commune. Vraiment, ça s'passe ça s'passe bien. Et régulièrement on fait... un repas avec un des cardiologues sur les nouveautés en cardiologie. Donc il nous fait un petit topo et après on pose des questions, sur des patients qu'on a. Dans tels troubles du rythme qu'est-ce qu'on fait ? Les anticoagulants... on continue... ? Donc voilà !

565 **Ça c'est un moyen super !**

Tout à fait, oui oui. On a... ici on est bien pour ça. Ouais. Ouais ouais.

570 **Ah oui, en tout cas là c'est... j'ai eu pas mal d'éléments de réponse. J'suis content.**

[Fin de la transcription]

Entretien 6**Profil du participant :**

Code participant	6
Sexe	Homme
Age (ans)	36
Durée d'exercice (ans)	8
Zone d'activité	Rurale, Urbaine, ZFU
Mode d'installation	Association
Maître de stage	Non
Spécificité de l'activité	Urgence 24/7

Contexte de l'entretien :

Lieu de l'entretien	Cabinet Médical
Durée de l'entretien (mn)	43

Transcription de l'entretien :

Gras : Intervieweur
Normal : Interviewé
[...] : Paratexte

[Début de la transcription]

D'accord. Et quand vous entendez ces deux mots... « erreur médicale », ça vous fait penser à quoi ?

5

Ça me fait penser à la débilité la plus profonde. [Rires]

[Rires]

10 Parce que... c'est un peu... ben faut quand même que je parle un peu de mon... de mon passé...

Si vous voulez.

15 ... par rapport au procès que j'ai là actuellement. Quand t'es interrogé par un juge ou par l'OPJ, ben c'est très très particulier, et puis quand on te parle d'erreur médicale, on te parle même pas d'erreur, on te parle de faute et on t'accuse TRES clairement ! On te... on te fait pas dire que t'as fait une erreur, on essaie de t'faire dire que... que tu l'as fait exprès. Alors que... alors que c'est faux. Complètement faux ! Erreur médicale, oui erreur, on peut tous en faire des erreurs mais c'est plus des... pff... comment dire... pas des erreurs, c'est plus des... des omissions.

20 Euh... enfin je sais pas, on a... on a tous appris plein de choses, on peut pas tout savoir, on peut pas tout... tout connaître, et puis... et puis voilà. Donc quand j'entends ce terme d'erreur médicale moi ça me... ça me fout hors de moi quoi c'est... c'est euh... non ! J'pense que... j'pense qu'on essaie déjà de pas en faire, si on peut appeler ça erreur comme dit, moi je chercherais un autre terme mais je l'ai pas là en tête. Euh... on est là pour soigner, pour sauver

25 des vies, donc je trouve ça un peu... un peu... un peu rude comme terme.

D'accord. Et du coup, vous si vous deviez faire la distinction avec la faute, vous sépareriez les deux comment ?

Avec la faute ? Alors... [temps d'hésitation]

30

Vous parliez tout à l'heure justement de...

D'erreur et de faute.

35

... de cet amalgame qui pouvait être fait...

En prenant... en prenant des exemples. Faute, par exemple faute... pour une faute c'est clairement, tu vas chez un mec qui a une douleur tho, tu lui fais p... tu lui fais pas d'électro. Euh..., ça pour moi c'est une faute, parce qu'on sait très bien... on... a nos... on a nos... nos plans dans la tête, on sait très bien comment faire un diagnostic, comment faire... comment mettre en place le traitement. Euh... on a tout ce qu'il faut comme matériel, donc ça c'est une faute pour moi. Euh là à ce moment-là on parle plus d'erreur. C'est carrément une faute. Douleur tho tu fais un électro. On pourra jamais... je pense qu'on pourra jamais te reprocher de mal avoir interprété un électro, par contre on pourra très bien te reprocher de pas l'avoir fait.

45

[Toux]

D'accord. Et... et du coup l'erreur médicale, vous vous la définiriez euh... par ce que vous disiez tout à l'heure euh... si vous pouvez juste approfondir un petit peu la façon dont vous... dont vous définiriez, j'avais pas très très bien compris.

50

Alors plus... plus... je sais pas je cherche un terme... plus une... ouais plus une omission, quelque chose qu'on... qu'on oublie de faire ou... euh... ou... pff... ouais oublier d'écrire dans un dossier. Moi, c'est ce qui s'est passé pour moi. Moi c'est ce qu'on me reproche, c'est simplement d'avoir oublié de marquer dans le dossier de... d'un mec qu'il revenait d'hospitalisation. Voilà tout ce qu'on me reproche ! Donc, ouais l'erreur je la définirais... je la définirais comme ça, quand t'es... quand t'es pressé, quand t'es fatigué, on a tous des moments de mou, et euh... et voilà. [Silence] Plus... plus des petites choses. Mais je pense qu'on pourra plus..., là encore une fois c'est... c'est peut-être mon avis mais... mais par rapport à ce qu'on voit, par rapport à d'autres pays, je pense qu'en France l'erreur médicale on te la... on te la mettra plus sur le dos et tu seras plus condamné euh... dans le sens explicatif que dans le sens euh... dans le sens euh... dans le sens où tu tu prescrites quelque chose de mal, ou tu fais le mauvais diagnostic, ou tu passes à côté d'un diagnostic d'un diagnostic. Euh... la majorité des procès qui aboutissent actuellement quand on regarde un peu c'est par... par manque d'information du patient, par manque d'écoute, par manque de... euh... ouais de données, de ce qu'on donne au patient quoi. Faire une prescription... on voit la majorité des médecins qui balancent l'ordonnance, sans expliquer, sans... sans donner les effets secondaires, sans... alors que ça, ça nous est clairement demandé ! De dire « Ben, si vous avez ça avec ce médicament », « Attention ce médicament peut provoquer ça ça ça », alors c'est sûr qu'on peut pas donner toute la liste des effets secondaires de... du paracétamol, mais... mais j pense que c'est plus sur ça qu'on pourra être... qu'on pourra nous reprocher des choses, que...

70

D'accord.

... que... comme je le disais avant, que sur un défaut d'interprétation d'un électro. J'veux dire... sur un électro y a quand même des... des dizaines de... de petites choses qu'on peut louper.

75

Ça, à mon avis un jury, un juge, pourra très bien le comprendre. Le fait de pas dire ... je sais pas, de pas dire... « Vous allez prendre du Préviscan, ça va fluidifier le sang, attention si vous saignez, prévenez tout de suite un médecin », ça à mon avis c'est plus... c'est plus grave euh... que... qu'autre chose quoi. [Toux]

80

D'accord. Et puis dans votre... dans votre pratique, à quel moment vous y pensez... à ce risque d'erreur médicale ?

Jamais !

85

Jamais ?

Alors, très sincèrement jamais ! Sinon j'avancerais plus.

90 **D'accord.**

Et ça c'est... c'est dû... dû à ce qui m'arrive en ce moment, je pense.

Par le passé vous y pensiez ?

95

Par le passé. Par le passé. Suite euh... suite au... au jugement qui est en cours là sur moi, j'ai quand même été interrogé deux fois par l'OPJ, deux fois par le juge d'instruction... enfin c'est des heures et des heures d'audition euh... où tu ressorts de là t'es complètement lessivé, donc forcément là t'es pas bien. Mais... mais là depuis, je n'y pense... non ! Je... je cons... C'est pas prétentieux du tout, mais... je considère qu'on a une très bonne formation en France, que si je fais ce boulot ça fait partie entre guillemets du risque, euh... que j'estime maîtriser mon boulot et donc je n'y pense pas. Si j'avais ça en arrière-pensée je pense que je... j'avancerais pas... dans le... dans le travail.

100

105 **Et les répercussions de vos erreurs du coup, comme vous avez pu vous confier sur les erreurs que... que vous avez pu faire... les répercussions de ces erreurs sur... sur votre propre personne euh... de quel ordre sont-elles ?**

110

Répercussions pour le moment y en a pas ? Alors c'est sûr que si je suis condamné euh... à mon avis ça va faire mal quoi... parce que... parce que très clairement... très clairement je ne... je ne fais pas ce métier pour faire d'erreurs ou de fautes ou d'omissions. [Rire jaune] Je fais... je fais ce métier pour soigner des gens parce que j'adore ça. Euh... mais... pour le moment...

115

Et au niveau de votre relation avec les patients ? Est-ce que vous trouvez qu'il y a des répercussions ? Ou... pas forcément, vous concernant ?

Non. Franchement, non.

120

D'accord. [Toux]

J'ai... Non. Y a pas de répercussions... J'ai... j'ai pas changé ma façon de... ma façon de travailler suite à ça.

D'accord. Et puis... est-ce que vous avez réussi à identifier certains moyens, certains outils euh dans votre pratique, qui vous permettent en amont d'éviter la survenue d'éventuelles erreurs ?

Ben, comme je l'disais, pour moi, euh... c'est plus le manque d'information. Donc..., plus que d'laisser des papelards comme y en a beaucoup qui le font hein, tout écrire écrire écrire écrire écrire écrire, euh... je donne beaucoup beaucoup d'informations. Euh... je... j'explique mon ordonnance, ça c'est ce qui me... en fait c'est c'qui m'prend le plus de temps moi dans une con... dans une visite, je suis très rapide, ici je suis un des plus rapides quand je suis en visite ou en consult, mais ce qui me prend le plus de temps c'est pas d'examiner le patient ou de faire le diagnostic, c'est d'expliquer l'ordonnance. Parce que là à ce moment-là je prends du temps pour leur dire « Bon, ben voilà vous allez prendre ça, mais attention par exemple le Solupred, ça excite, ça fait tachycarder ... », voilà quoi. C'est ça que... alors ouais y a de ça, et puis... et puis après y a des trucs que je trouve... que je trouve ridicule. Par exemple quand j'entends certains médecins qui euh... et c'est demandé aussi, normalement c'est la loi de... de dire « Je suis le Dr Untel, enchanté, c'est moi qui vais vous soigner », euh... normalement c'est vrai, tu dois... tu dois te présenter, ils doivent avoir ton nom... etc. Moi... ça c'est un truc que je ne fais jamais par exemple. Donc, il faudrait que je le fasse, mais ... c'est plus des choses que j'entends... c'est pas pour autant que je vais les assimiler et les faire. Mais... mais je vois certains collègues comment ils fonctionnent, je me dis qu'y en a qui vont dans l'extrême. Euh... faire... faire un papier euh... de dix lignes, pour une angine ! Voilà quoi ! Ça va un moment, je pense qu'on l'a tous fait au début. Quand on était rempla on l'a tous fait. Euh... maintenant, les seuls papiers que j'fais... c'est pour ça que j'vous disais que ça n'a rien changé dans ma pratique, je faisais comme ça depuis deux-trois ans, les seuls papiers que j'fais et où je garde le double c'est quand j'hospitalise. A partir du moment où c'est un maintien à domicile je ne fais plus de papier. Je mets parfois un ou deux mots dans le logiciel, ou quand c'est des situations à risque... genre des refus d'hospitalisation etc., j'appelle directement ici pour être enregistré, parce que je pense que ça c'est la meilleure des protections. Euh... quoique ça n'a aucune valeur légale, tout comme le papier, tout comme le... le papier que tu fais signer qui... qui dit que... qu'il refuse l'hospitalisation. Tu passes devant un juge devant ç... avec ça, ça n'a aucune valeur... valeur judiciaire, donc... donc pourquoi ? Pourquoi même on le fait ? C'est plus dans ce sens-là que j'me pose la question. Parce que, comme je vous le disais avant, moi qui le vis actuellement, on va pas chercher euh... on va pas chercher à te dire « Vous avez fait ça, vous avez fait ça, vous avez fait ça », on va chercher à te dire « Vous n'avez PAS fait ça et vous l'avez fait exprès ! ». [Rires]

Ah, exprès carrément !

Ah oui ! Exprès ! Euh... ou on te... on cherche à te fai... à te faire dire que tu l'as fait exprès. Et ça, sur les quatre entretiens que j'ai eus, autant les deux avec l'OPJ que les deux avec le juge, je l'ai senti. Ils... ils cherchaient à me dire « Oui, je l'ai pas noté parce que... pour telles et telles raisons », je sais pas ce qui leur passait par la tête, mais euh... mais voilà donc, pourquoi laisser un papier, pourquoi... je sais pas. Je pense que je me... Je pense... ouais il faut se protéger, il faut surtout se protéger... mentalement, mais de là à se protéger matériellement, euh... j'pense qu'on n'a pas beaucoup d'armes. On n'a... ou il faudrait... il faudrait qu'un enregistrement... ou il faudrait s'enregistrer tout le temps, et que l'enregistrement ait une valeur légale. Est-ce que l'enregistrement a une valeur légale ? Ça, je ne sais pas.

Donc ça c'est une des solutions que vous vous pourriez proposer, à l'avenir... c'est de... de généraliser l'enregistrement des consultations.

Ouais. Oui.

175

[Interruption brève de l'entretien par un confrère du cabinet qui entre dans la salle ; partie de l'enregistrement non transcrite]

Là, ce serait plus dans l'optique de prévenir les conséquences d'une éventuelle erreur.

180

C'est ça ! C'est ça. Je pense que que seul... le seul moyen c'est que... le seul moyen si vraiment on veut être... on veut être complètement protégé... ou accusé, parce peut-être que avec ça on prouvera aussi que... que t'as fait... que t'as vraiment fait la bêtise. Parce qu'après tu peux raconter ce que tu veux au juge. Ça serait d'être enregistré, voir filmé ouais, pendant les consultations.

185

Vous auriez d'autres idées... à... à évoquer, à proposer ?

190

Non, parce que je vous dis, le reste à mon avis ça ne sert à rien. Comment... comment expliquer que tu fais signer un... un... un refus d'hospitalisation à un patient, mais que de toute façon, arrivé devant le j... devant le bureau du juge, le juge peut... te dit « Ça ne sert à rien ». Donc pourquoi le faire ? C'est une perte de temps. La seule solution, ça serait de changer les lois et puis... et puis que les enregistrements soient... soient légaux, que les enregistrements... visuels même, soient légaux. Et dans ce cas-là, ben on enregistre tout, et... ok, on est couvert ou on l'est pas. A ce moment-là, c'est comme les flics aux États-Unis, ils filment tout, ils enregistrent tout, soit on voit qu'ils ont fait une connerie, soit ils ont rien fait quoi. Mais au moins on a tous les éléments en main. Hum.

195

D'accord, donc là on est plutôt sur le versant prévenir les conséquences, les complications de l'erreur.

200

Ouais.

Mais pour prévenir l'erreur, pour prévenir là cette fois-ci l'erreur...

205

Ah, pour prévenir...

Les deux m'intéressent...

210

Ouais.

Et pour prévenir l'erreur, est-ce que là y a quelque chose qui vous viendrait en tête euh... ?

215

Alors pour prévenir l'erreur, je pense que c'est dépendant de chaque personne. Je pense qu'il faut être... faut déjà aimer ce boulot, faut être bien dans sa peau dans ce boulot, faut avoir cert... faut avoir certaines... toutes les connaissances qu'on peut avoir. Mais pour prévenir l'erreur, euh... comme dit on n'est pas dans un boulot où on va... où on va faire de la plomberie, où « Merde j'ai cassé un boulon quoi ! ». Euh... non ! On nous a appris à prendre une tension, à faire une... un électro, à prendre la température, à analyser la température etc., ben... c'est... y a pas de moyen... y a pas vraiment de moyen...

220

Oui, le risque zéro n'existe pas...

N'existe pas !

225 **... après y a peut-être la possibilité... on f... on classifie souvent les erreurs comme étant évitables et non évitables...**

Ouais.

230 **... en fonction de la cause. C'est par rapport à cette catégorie d'erreurs évitables...**

Ouais.

235 **... que je vous pose la question. Après vous m'avez donné déjà plusieurs éléments de réponse.**

Ouais... et quelle erreur... quelle erreur serait vraiment évitable ? Comme dit dans le sens où... où on essaie de pas en faire. Enfin, c'est pas qu'on essaie de pas en faire, on n'veut pas en faire.

240 On n'est pas là pour faire des erreurs. Euh... donc...

Vous parliez par exemple tout à l'heure des oublis...

Oublis...

245 **Ça c'est un des exemples d'erreur... enfin de cause d'erreur que vous évoquiez tout à l'heure.**

Ouais.

250 **Donc là y a peut-être des moyens pour... pour... prévenir ces éventuels oublis ?**

Tout à fait. [Silence]

255 **Vous parliez aussi tout à l'heure de... la nécessité d'avoir des connaissances, d'avoir...**

C'est ça. C'est ça. Et de pouvoir les appliquer. D'être dans un état psychique et physique qui nous permette de les appliquer...

260 **D'exploiter ouais ses connaissances.**

... d'exploiter parce qu'y a... il y a parfois... y a parfois on est tellement crevé, tellement sur les nerfs, tellement... euh... moi je me rappelle d'un truc bête où à la place... de prescrire du Dakin pour une plaie, j'ai prescrit du Dakarin. C'est idiot ! [Rires]

265 **[Rires]**

Mais, quand le pharmacien m'a appelé, [rires] j'lui ai dit je suis désolé, « Je suis dans ma douzième heure de garde, enfin c'était en consult, je suis désolé, non effectivement vous n'allez pas me mettre du Dakarin sur sa plaie, mais plutôt du Dakin oui sur son zizi, ça serait mieux » [rires tout le long de la phrase]. Donc... donc... ouais c'est plus des... encore une fois c'est plus des... alors ça pourrait être plus grave effectivement si j'avais... mais là c'était un mot transparent bête. Ça pourrait être plus grave... mais y a quand même des garde-fous. On voit

270

275 très bien que les pharmaciens font très attention à ce qu'on prescrit. Ils ont des logiciels, on a aussi des logiciels maintenant qui nous mettent beaucoup... beaucoup de choses. Euh... donc euh... donc c'est quand même des garde-fous qui nous évitent de faire ce... parfois euh...

280 **Et si là il y avait pas le garde-fou... si y avait pas le pharmacien... qu'est-ce qui pourrait nous permettre d'éviter euh... cette erreur là justement, de confondre entre le Dakin et le Daktarin parce qu'on est trop fatigué ?**

Ben... [en riant]

285 **Je suis sûr que vous avez la réponse !**

S'arrêter de travailler. [Rires]

[Rires]

290 Et d'aller se reposer.

Se reposer de temps en temps.

295 Se reposer de temps en temps. Chose que je fais un peu plus actuellement. Ouais effectivement. Donc ... [Silence] Le problème aussi c'est qu'on est dans une pro... une profession où y a rien de... euh ... rien de cadré. Euh... tu peux faire euh... Les fonctionnaires ont trente-cinq heures. Nous on peut faire... on peut faire cent heures par semaine si on veut ! Qui va t'em... qui va t'empêcher de faire cent heures par semaine, sept jours sur sept, en prenant une semaine de vacances par an ?

300

Personne.

305 Voilà ! Donc est-ce qu'il faudrait pas aussi, se dire à un moment euh... stop quoi ! Est-ce qu'on peut pas cadrer quand même ça ? Euh... éviter de faire... je sais pas quand tu vois certains médecins qui... quatre-vingt à quatre-vingt-dix actes par jour ! Et on en voit ! C'est quand même euh... moi j'ai... pas plus tard qu'il y a deux jours, y a une mamie qui me disait euh... que son médecin était venu la voir en visite à deux heures du mat. [Silence] Dans les suites de ses visites... donc il ne s'était pas arrêté de la journée. C'était la suite de sa journée...

310 **Ouais c'est...**

... donc, donc ça c'est des choses qu'on devrait peut-être un peu cadrer. Tu fais... tu fais... Mais ils ont même jamais réussi à le faire à l'hôpital, donc comment le faire quand on est notre propre... notre propre euh...

315

Notre propre patron.

... propre patron.

320 **Et ce serait à qui de... de légiférer entre guillemets sur ce point ? Ce serait à qui de décider, de de contrôler ?**

Ah ça je pense que c'est clairement le ministère qui devrait... qui devrait faire quelque chose. En disant... je pense que ça serait très compliqué à mettre en place, mais... mais en disant...
325 sur le nombre d'actes c'est impossible à faire. Ça on est... on est d'accord. Mais peut-être en disant « Bon ben voilà vous sortez d'une garde... un truc... encore un exemple, vous sortez d'une garde du SAMU, vous avez fait toute la nuit, vous avez certainement travaillé dans votre cabinet la journée avant, euh... le lendemain vous ne retournez pas dans votre cabinet. Vous prenez un jour de repos. ». Mais ils ont jamais réussi à le faire à l'hôpital, donc euh comment
330 réussir à le faire dans... dans l'privé ? C'est euh... voilà. Et... et dans l'privé faut pas s'leurrer, c'est l'attrait... l'attrait d'argent. A l'hôpital ils aimeraient bien avoir leur jour de repos, donc... ça serait plus facile, mais... mais dans l'privé c'est... c'est carrément l'attrait de l'argent qui... qui fait ça quoi.

335 **[Toux] C'est vrai que c'est compliqué.**

C'est compliqué ouais. C'est compliqué. Je pense que ça sera impossible à faire. Impossible à faire. Mais peut-être que... peut-être que quand on a eu le premier... justement le premier procès, comme moi je l'ai... j'l'ai en ce moment, peut-être qu'on réfléchit aussi différemment.
340 Y en a de plus en plus, ça on le sait. Là actuellement je sais pas combien on est dans notre cabinet, on est quand même plusieurs à être en procédure. Euh ... mais j pense que ça fait réfléchir aussi. Même si on sait qu'on a ... rien à se reprocher, qu'on n'est pas coupable, qu'on n'est coupable de rien. Moi c'gamin, j'l'ai pas tué, j'ai... j'ai rien fait... rien fait de grave... mais ça m'a fait réfléchir à ma pratique quand même. A... prendre un peu plus de temps, à
345 prendre un peu plus de vacances, à arrêter les nuits, comme je vous l'ai dit avant, pour avoir un rythme un peu plus..., après il y a les éléments de vie aussi qui entrent là-dedans, j'ai une fille donc forcément pour pouvoir m'occuper de ma fille il fallait que... fallait que que je change un peu de rythme, mais... mais... ouais. Comment légiférer là-dessus ? Je pense que... Regardez ici, tu peux très bien t'arrêter à minuit et reprendre à 4h. Donc euh..., est-ce que c'est une bonne
350 idée ? [Partie non transcrite dans un souci de respect de l'anonymat : une phrase] Quatre heures c'est pas suffisant pour se reposer et pour avoir une... un bon repos, c'est un cycle de sommeil... voilà quoi.

355 **Est-ce que vous avez l'impression que... qu'en médecine générale, on est un petit peu à la traîne par rapport à cette question de l'erreur médicale ? Si on devait comparer à d'autres spécialités, notamment aux spécialités hospitalières ?**

J pense pas parce que je pense que le... j pense qu'on est moins à risque quand même. Parce que... parce que par rapport aux spécialités, euh... et c'est pour ça que moi j suis pas trop
360 d'accord pour qu'on développe de plus en plus d'outils. Moi je pense que les outils vont nous pousser... enfin vont pousser à avoir de plus en plus de procès, parce qu'on va avoir de plus en plus de matériel. Là quand tu vois on a déjà l'électro. L'électro c'est déjà casse gueule. Euh... on a les nébulisateurs maintenant. Le nébulisateur bon nous sert beaucoup et nous... nous permet justement de... de parer à pleins de situations, mais... exemple tout bête, tu fais un
365 aérosol d'adré sur une laryngite, tu laisses... tu laisses ou tu laisses pas à la maison après ? Y a deux écoles.

370 **D'après les recommandations c'est de... il me semble, de ce que j'ai appris... c'est d'hospitaliser, et de surveiller...**

Et de surveiller. Mais neuf dixième d'entre nous, on les laisse à la maison. Vous voyez, donc est-ce que c'est une erreur, une faute, une omission ? Encore une fois, j'en reviens à un de ces

termes... Si y a un gamin à qui il arrive quelque chose, est-ce qu'on peut être mis en cause parce qu'on l'a... Oui suivre les recommandations, c'est bien beau de suivre les
375 recommandations. Mais... euh... d'une est-ce qu'on connaît toutes les recommandations, tous ? Non ! C'est impossible. Euh... de deux moi j'ai trente-six ans, vous vous en avez moins, donc... j pense qu'on est encore bien à la page, mais allez voir interroger un médecin de cinquante ou cinquante-cinq ans, je pense que toutes les recommandations... y en a plein qu'il... qu'il va omettre. Et puis, et puis est-ce qu'il est bon de suivre toutes les
380 recommandations ? Euh à mon avis on surchargerait encore plus... les hôpitaux. Euh... je veux dire même sur une... regardez une allergie maintenant on prescrit bien des Anapen. Ils se les font eux-mêmes les patients. Est-ce que pour autant ils vont à l'hosto après ? Non. C'est de l'adré aussi, donc ...

385 **C'est vrai.**

Donc voilà ! Est-ce que toutes les recommandations sont bonnes ?

390 **En fait vous votre avis par rapport à ça c'est... plus y a des recommandations, plus y a d'outils, plus on est armé, et plus mine de r... et plus finalement on est exposé...**

Au risque.

395 **... au risque de sanction.**

Tout à fait.

400 **Et... mais est-ce que derrière ça y a quand même un bienfait pour le patient ? Ou pas forcément ?**

Bien sûr. Bien sûr. J'veux dire là ils sont en train de développer l'écho dans notre cabinet. C'est un bienfait, je suis d'accord. Ça te permet d'élimi... enfin c'est un bienfait dans le sens où ça te permet d'éliminer un diagnostic. Pas de l'affirmer. Et c'est pour ça que moi j'refuse de l'utiliser. Parce que là aussi j'me dis que... c'est trop casse gueule, euh... une GEU par
405 exemple... tu penses à une GEU, moi j'hospitalise. Point ! Elle va à l'hôpital, elle a son écho à l'hôpital, elle a sa prise de sang. Ici... peut-être pas ici mais dans d'autres... dans d'autres cabinets de consultation d'urgence où ils utilisent beaucoup l'écho, ils pensent à une GEU, ils font eux-mêmes l'écho, ils disent « Non, pas de GEU », jusqu'au jour où ils passeront à côté. Euh... j'veux dire, t'as beau faire les images que tu veux, tu vas... tu vas prendre quoi... tu vas
410 prendre quatre ou cinq images, et on va t'dire « Oui, et un radiologue il a fait combien d'années d'études ... ou un gynéco ? Il a fait combien d'années d'étude pour pouvoir diagnostiquer ce genre de problème ? ». Donc... donc non. Plus on multiplie... y a des choses qui nous aident, qui nous aident à aider les patients rapidement, à les sauver. Très clairement. Moi je... je pense que vous aussi, le nébulisateur ça nous a permis je pense de sauver des patients sur des crises
415 d'asthme. Euh... moi j'en ai eu quatre ou cinq comme ça, je pense que si je l'avais pas eu, ils seraient... ils seraient... ils seraient entre quatre planches. Euh... mais de là à multiplier des choses qui deviennent de plus en plus sophistiquées, je pense que c'est pas... c'est pas une bonne chose. Là j pense que c'est clairement source de faute.

420 **Ce serait trop en demander au généraliste ?**

Ouais. Ouais. C'est bon, chacun son boulot ! On a des radiologues.

Donc là, la solution, ce serait finalement le... de travailler en collaboration avec les spécialistes...

425

C'est ça ! C'est ça. Là, développons ! Un maximum. Développons un maximum de collaboration avec les radiologues, les biologistes... c'est ce qu'on essaie de faire d'ailleurs ici... avec les infirmières, qui pourraient venir le week-end. Euh... ouais là-dedans on peut... on peut développer pour... Parce que le but... le but ultime c'est quoi pour l'état ? C'est de maintenir au maximum à la maison parce que ça coûte moins cher... ça tout le monde l'a bien compris... que... NOUS on coûtait dix fois moins cher qu'une hospitalisation. Mais... on a bien compris aussi que... c'était dix fois plus casse gueule, dans le sens erreur médicale, si on revient à ça, que d'hospitaliser. Tu hospitalises, tu prends plus de risque. C'est plus toi qui es responsable. Exemple encore bête... parce que des exemples y en aura plein. Une dame la semaine dernière qui rentre à la maison suite à plusieurs syncopes. SYNCOPES ! Vue par un docteur bien connu que je ne citerai pas. Euh qui la laisse rentrer à la maison alors que sur le scope pendant vingt-quatre heures ils ont enregistré des bradi à 25. En lui disant, faites le bilan en ambulatoire. Et la dame quand j'ai été la voir elle était de nouveau à 25, elle me dit « Mais on va me re-convoquer ». Je dis « Non, regardez ce qu'il y a marqué sur le papier ! Y a bien marqué ambulatoire. » Elle me dit « Mais je comprends pas ce que ça veut dire ». Manque d'information ! C'est ce que... On en revient toujours à la même chose, c'est ce que je vous disais avant. Manque d'information. Tu fais un courrier, tu expliques ton courrier. Tu... ambulatoire pour les patients ça veut rien dire. Nous on a... on a un... un langage que les patients ne comprennent pas ! Donc il faut dire les choses simplement. Ça aussi c'est euh... c'est un grand grand chapitre qu'on devrait développer. Euh... le... le parler simple au patient. Le... s'assurer qu'il comprenne...

430

435

440

445

Communiquer avec son... son langage quoi...

450

C'est ça ! C'est ça. On sait très bien. Les études le prouvent, on sait très bien qu'un patient quand il sort d'une consultation, il a pas intégré 60 % de ce qu'on lui a dit. Ou 70 % je crois même. Donc d'une à mon avis, la première des choses qui fait ça c'est que... c'est parce que on lui a pas dit de façon simple. Euh... tu vas dire à un patient il a une otite externe. Qu'est-ce que c'est une otite externe ? Il va t'dire « Mais moi j'en sais rien ce que c'est... ». Il va sortir, il va dire à ses... à sa famille « J'ai une otite externe », personne ne va savoir ce que c'est. J'ai une sacro-illite. Super ! Qui connaît le terme sacro illite à part... à part les toubibs ! J'veux dire... donc... donc ça, ça pourrait être un gros chapitre à développer. Ouais, parler, essayer de se mettre à leur niveau. Euh... sans, sans... là non plus c'est pas péjoratif ce que je dis, et c'est pas dénigrant du tout, mais... mais y a souvent le problème de la langue déjà, où on peut avoir cette barrière de la langue, où pour expliquer c'est déjà difficile. Et... et de deux, y a... ben y a des gens avec toutes sortes de QI, j'suis désolé, donc il faut se mettre... il faut essayer de se mettre à leur niveau et de leur expliquer simplement « Ben voilà, là vous avez une tendinite, c'est une inflammation que vous avez au niveau de la cheville, ben c'est pas une fracture, c'est pas ci, c'est pas ça... on va traiter ça comme ça, par anti inflammatoire, c'est quelque chose qui va vous faire dégonfler la cheville, qui... », voilà.

455

460

465

Là vous évoquez un problème... un problème de communication qui je pense est souvent associé à ce risque d'erreur. Par rapport à la barrière de la langue, qu'est-ce que vous vous pourriez proposer à l'échelle d'une population globale de médecins généralistes, justement pour remédier à ce problème ?

470

Alors ça... ça je trouve que c'est très compliqué. Moi par exemple, je ne parle aucune langue couramment à part le français. Euh... donc même quand c'est en anglais...

475 **Vous n'êtes pas le seul... [rires]**

Ouais, ouais, je sais. [Rires] Mais même quand c'est anglais, c'est compliqué. Alors y a des nouvelles applications qui sont géniales. Là j'ai un Saoudien qui est venu en consultation la semaine dernière. Il avait une application sur Google je crois, on est arrivé à se parler...

480

Google translate ? C'est très bien !

Ouais, je sais pas ce que c'était cette application euh... mais, mais je pense que je vais me la prendre. Alors moi j'ai ma montre qui le fait, donc ça va. Mais... mais celle-là elle te parlait en plus. Et je trouve ça génial !

485

Ça traduit même les vocaux maintenant, et puis avec une bonne qualité.

Y avait... enfin dans ce que moi j'ai dicté, il n'y avait aucune erreur dans ce que je voyais d'écrit. Aucune erreur.

490

Ouais, ouais, c'est très bien.

Donc j'ai trouvé ça... j'ai trouvé ça fantastique. J'me suis dit c'est génial. Je pense qu'on arrivera un jour où... où on traduira en direct. On aura un petit micro et puis ça sera tellement intuitif que en direct on pourra traduire ça.

495

Je crois les Japonais, ils ont déjà ça. Ouais j'en avais vu un une fois, j'étais en vacances et... et il y avait un... un Japonais qui avait un petit appareil...

500

Ouais.

... et pour poser les questions, il les posait à son appareil, puis l'appareil en quasiment... en quasi instantané il reposait la question en anglais, ou en... la langue que tu voulais. [Rires]

505

Ouais. Ah non c'est génial ! C'est génial. Alors ça... ça c'est des applications qu'il faut développer.

C'est vrai qu'en pratique, dans notre... dans notre profession, effectivement ça pourrait se... se développer.

510

Tout à fait. Et ça évite certains autres risques... parce que moi je sais que... par exemple quand... quand je suis bloqué quand je vais dans les hôtels. Souvent je demande à un réceptionniste ou au concierge... etc. de traduire... Là t'as quand même le problème de secret médical qui se met en place.

515

Effectivement.

Vous voyez. Euh... alors je demande, j'explique clairement au patient que... enfin je demande à l'autre personne qui parle anglais euh... d'expliquer que je ne parle pas anglais, je lui demande

520

si elle est d'accord, mais là encore une fois ça n'a aucune valeur. Si après il veut porter plainte en disant « Oui mais il y a quelqu'un qui a assisté à la consultation euh ... qui a tout entendu », à mon avis... je serais pas très bien devant un juge quoi ! Donc euh ... [rires]

525

[Rires]

Donc voilà, donc cette application je pense que je vais me la prendre parce j'ai trouvé ça...

530 **D'accord.**

... fantastique.

535 **Alors là... je rebondis sur une autre question. Toujours par rapport à ce que vous disiez. Vous aviez identifié le problème d'intelligence du patient comme étant un possible frein à une bonne communication. Et par rapport à ça, comment vous pourriez éventuellement envisager de... remédier au problème ?**

540 Alors... par rapport à une bonne communication et je rajouterai par rapport à la façon de faire son diagnostic. Euh... j'en ai eu deux comme ça hier. Deux ! Les deux... les deux ça a merdé si vous voulez entre guillemets. Euh... une dame complètement démente, où on m'appelle, qui était agitée. Alors... qu'est-ce que tu fais dans ces cas là quand elle est complètement démente et qu'elle s'exprime plus ? Ben t'écoute le personnel infirmier. Elle me dit « Oui elle est constipée depuis une semaine. » Depuis une semaine. Je savais très bien que c'était pas depuis
545 une semaine. Je la voyais se tortiller un peu, je prends les constantes. Les constantes étaient bonnes. J'appuie sur son ventre. Je vois que son ventre était douloureux, mais souple, pas d'occlusion etc. Je mets un Normacol, je mets un antidouleur et puis j'dis « Si ça va pas, vous rappelez ». Et ben ils ont rappelé ! Alors j'ai... j'ai pas la suite. Je sais pas ce qu'il s'est passé après. Mais si... Et même chose pour le deuxième. C'était... c'était un monsieur qui était... qui
550 avait un retard mental profond. Donc, il arrivait pas à me dire du tout où il avait mal. Il me montrait la gorge, les oreilles, le ventre, les bras... voilà, donc c'est un peu... c'est horrible ce que je vais dire là mais c'est un peu de la médecine véto quoi ! C'est de la médecine où tu sais pas... où tu sais pas où tu vas. Donc... donc là, à mon avis, y a pas vraiment de solutions. Tu fais comme tu peux, et puis... et puis tu dis de rappeler si ça va pas, une fois que t'as fait ton
555 diagnostic. Euh... et pour les gens... pour les gens qui ont un QI malheureusement pas très développé, ben j'essaie parfois même avec des termes très très simples euh... de leur expliquer ce qu'ils ont quoi.

Là c'est peut-être plus une affaire de temps ?

560

Là c'est une affaire de temps. Là c'est le temps.

Ouais, c'est ça. C'est le temps des explications qui est la solution ?

565 Tout à fait. Tout à fait. Là c'est clairement le temps. Parce que vous... encore une fois, nous on a notre langage. On va se parler, en... en dix minutes, enfin en dix minutes... en trente secondes on se comprend. Un patient... et tu... tu le ressens un patient qui a rien compris quand... quand tu lui parles. Je sais pas ce que vous en pensez, mais tes patients, quand tu leur... quand tu les as en face de toi tu ressens ça. Tu sais qu'ils ont rien compris. Parce qu'ils te reposent douze
570 fois la même question. « Mais Docteur, combien de fois par jour... ? Mais Docteur, c'est en mangeant... ? Mais Docteur... ? Et celui-là... c'est aussi combien de fois par jour ? ». On sait

575 très bien, encore une fois, qu'il y en a qui balancent l'ordonnance. Et bien moi je prends l'temps de répéter. Je leur dis d'une « Vous inquiétez pas, tout est noté... donc celui-là ce sera tant et tant de fois, pendant le repas, pas pendant le repas... et soyez rassurés... il y a encore une fois l'infirmier derrière... le pharmacien derrière qui va tout vous noter sur une boîte, qui va vous dire comment le prendre etc. etc. ». Après... soit ils comprennent, soit ils comprennent pas. Tu peux pas...

580 **Bon après vous vous imaginez bien que... on pourrait penser que prendre ce temps supplémentaire pour... ces patients là...**

Ouais.

585 **... c'est quelque chose de ... encore peut-être difficile pour certains médecins dont vous disiez tout à l'heure que certains ont des activités tellement importantes...**

Tout à fait. Tout à fait.

590 **... qu'ils n'ont peut-être pas le temps... de voir autant de personnes.**

Ouais.

595 **Vous disiez tout à l'heure qu'en médecine libérale, on a toujours cette problématique de l'argent.**

Ouais.

Et le temps c'est de l'argent !

600 Oui. On est d'accord.

Donc par rapport à ça, comment on pourrait justement solutionner ce problème ?

605 Ben je pense que... je pense qu'on retombe sur ses pieds. Comme je vous le disais avant, je suis un des plus rapides ici, et... et s'il faut que je prenne plus de temps sur une consult je le ferai. Je rattraperai après. Moi, c'est MA façon de penser. Je rattrape après sur une cystite.

D'accord.

610 Vous voyez ? Euh... une cystite... « Est-ce que vous avez mal au dos, est-ce que vous avez de la fièvre », tu tapes les lombes, « Ça brule quand vous faites pipi ? », tu donnes les cinq recommandations « Urinez bien, ne vous retenez pas, mettez des sous-vêtements en coton, euh... urinez après chaque rapport, euh... pas d'hygiène excessive, buvez beaucoup, voilà je vous prescrit votre traitement mono-dose, c'est à prendre avec un grand verre d'eau, euh...
615 vous essayez de vous retenir le maximum... ». C'est réglé en trente... « La carte vitale s'il vous plait. ».

Ouais, vous sortez votre tiroir automatique.

620 Voilà. C'est ça ! C'est... c'est comme une angine. Une angine blanche... voilà... Je rattrape après. Alors, je le fais peut-être pas... encore une fois dans les recommandations, je ne te ferai

pas, et je considère que c'est inutile, je ne ferai pas un test strepto-B sur chaque angine. Si c'est une angine blanche avec des ganglions et quarante de fièvre pour moi c'est bactérien, c'est antibio point. [Rires] Et je vais pas attendre trente secondes que mon réactif réagisse ou n'agisse pas. Donc je récupère mon temps comme ça.

D'accord.

Et, du coup j'arrive à ben... Je me rappelle d'un... d'un Noël, c'était un Noël il y a deux ans où j'ai réussi à faire quarante-huit consultations en quatre heures.

En fait vous retombez sur vos pattes finalement comme ça ?

C'est ça ! En gagnant du temps sur... sur des gens qui sont... encore une fois c'est pas péjoratif, qui sont cortiqués et qui ont des diagnostics simples. J'le rattrape comme ça mon temps. Et quand il faut prendre un peu plus de temps sur un diagnostic soit compliqué, euh... soit... soit où ils ne comprennent pas, ben j'prendrai un petit plus mon temps. Euh... après y a des situations où... voilà t'es bloqué. Moi je... y a un mois... je suis un poisseux ici, y a un mois j'ai eu un gamin en crise d'asthme ici, j'ai dû m'en occuper pendant une demi-heure. Et ben... et ben voilà ! J'ai pris une demi-heure. C'est... les autres gens attendaient mais j'ai réussi malgré tout à rattraper mon temps après... à... voilà. Parce que... parce que pendant que je m'en occupais, que je lui faisais sa nébulisation, j'installais deux autres personnes dans les salles d'attente. T'as toujours des petits trucs ! Les pédiatres, comment ils font ? Comment fait un pédiatre actuellement ? Ils ont trois salles. Une salle au milieu, « Déshabillez-moi le gamin », et ils passent comme ça d'une salle à l'autre. Donc ça c'est... voilà !

C'est vrai que maintenant le temps de déshabillage de l'enfant, c'est un temps qu'il... qu'il cherche à gagner...

C'est ça !

Et puis...

C'est ça ! C'est pour ça qu'on nous file entre guillemets ces cinq euros en plus, parce que... et ils le disent très bien, parce que il y a le temps le temps du déshabillage, d'habillage, et de regarder le carnet de santé. C'est pour le ministère les trois critères qui font qu'on nous donne 5 euros en plus. Idiot ! C'est complètement idiot ! Enfin pour MOI. Je trouve que c'est bête. Quand t'as eu un gamin...

On devrait pas nous les donner ?

Ouais ! [Rires]

[Rires]

Moi, j considère que c'est pas pour ça qu'on devrait nous donner de l'argent !

Oui, c'est vrai. Des fois certains calculs sont...

Voilà, on devrait nous donner de l'argent pour... j'sais pas justement pour... pour d'autres choses, des choses où on prend plus de temps, où on a besoin de plus de temps.

Bon après c'est difficile à établir, ce genre de... de tableaux.

Tout à fait. Tout à fait. Et sur quels critères l'établir ? Sur...

675

Vous vous imaginez bien qu'on ne peut pas faire un tableau sur le niveau de QI des patients... [rires]

Non ! [Rires] Ça va être... [rires]

680

... et leur langue...

« Est-ce que je peux avoir votre QI s'il vous plait ? » [Rires] Non. C'est ...

685

Bon, ben écoutez... moi je suis très très content de cet entretien.

Moi aussi.

J'ai... beaucoup de réponses précieuses. Je sais pas si vous vous en êtes rendu...

690

Je suis content.

... compte ?

695

Non, moi vous savez je parle beaucoup, donc...

Alors je suis désolé, justement, je vous ai laissé parler.

Non. Mais c'est...

700

Parce que moi ce qui m'intéresse c'est ce que vous vous avez à dire. Pas mes idées à moi. Je ne sais pas si vous avez encore des questions ? Des rajouts ?

Non. Pour moi... pour moi c'est bon.

705

[Fin de la transcription]

Entretien 7**Profil du participant :**

Code participant	7
Sexe	Femme
Age (ans)	55
Durée d'exercice (ans)	26
Zone d'activité	Semi-rurale
Mode d'installation	Association
Maître de stage	Oui
Spécificité de l'activité	Maison de Santé

Contexte de l'entretien :

Lieu de l'entretien	Cabinet Médical
Durée de l'entretien (mn)	32

Transcription de l'entretien :

Gras : Intervieweur
Normal : Interviewé
[...] : Paratexte

[Début de la transcription]

Quand vous entendez ces deux mots... erreur médicale, ça vous fait penser à quoi ?

- 5 Euh... oula ça... Ben... c'qui... ce que j'aimerais éviter en fait. [Rires] Non mais ça me fait assez peur les erreurs...

[Entretien interrompu par l'irruption d'un collaborateur dans la pièce ; partie non transcrite]

- 10 Le terme d'erreur médicale... ouais. C'est... ce qui peut... nous arriver... Un retard de diagnostic, ou un... c'est ça l'erreur médicale. Un... Ne pas avoir fait le... le bon diagnostic, ou un retard... Non, un retard c'est peut-être pas une erreur... ? [En pleine hésitation]

Qu'est-ce que ça pourrait être d'autre ?

- 15 Euh... aussi une erreur... Ouais quand t'as... quand t'as vu quelqu'un et que... quelques jours après... ben... Ça m'est arrivé, j'ai vu quelqu'un, j'l'ai examiné, et... quelques jours après il... il est décédé, j'sais pas ce qu'il a fait. Mais c'est pas une... J'sais pas si c'est une erreur ou une... Voilà.

- 20 **Ouais, ça c'est compliqué, parce que c'est pas forcément...**

Non.

- 25 **... de votre fait.**

30 En plus j'étais avec l'interne. Vous voyez... à côté. On a fait un ECG, il est venu, il était pas trop... sensation de malaise, et trois jours après... On a même fait un électrocardiogramme, une prise de sang, on avait... ouais. Quelqu'un qui prenait vraiment des médicaments... des neuroleptiques...

Mh.

35 L'erreur médicale ou... Pour moi c'est ne pas avoir... Parce que moi ce qui m'embête beaucoup c'est d'avoir fait un diagnostic... assez... de quelque chose d'assez grave... cancer... assez tôt, assez rapide. C'est ça qui me pose des... des problèmes.

D'accord. Ça vous pose des pro...

40 Pour moi c'est ça l'erreur. Non ? Ou... Ou de... voilà. Ou de pas avoir mis tout... tous les moyens pour... ne pas avoir posé les bons... ne pas avoir fait les bons examens complémentaires peut-être ? Après entre erreur ou faute... D'avoir pas assez examiné, enfin je sais pas... ?

45 **Ben justement, quelle serait la différence entre l'erreur et la faute ?**

50 La faute c'est d'avoir fait son... son travail. [En riant] Ne pas avoir examiné... ne pas avoir fait c'qui... voilà ! L'erreur c'est... [bégaiements] t'as pas... ça t'es p... t'as pas posé le bon la bonne... le bon diagnostic. C'est ça ?

Mais le travail a été fait ?

Le travail a été fait ouais. J'pense.

55 **C'est une... voilà c'est... Non mais c'est parfaitement clair, j'ai bien compris.**

C'est peut-être ça. J'en sais rien. Vous savez, moi j'me suis pas vraiment...

Non non mais le but c'est pas de...

60 ... posé la question...

Le but c'est pas de sortir la rép... la définition officielle...

J'essaie de n'pas...

65 **... encore faut-il qu'elle existe.**

... oui...

70 **Mais c'est juste de savoir quelle est pour vous... ?**

... de pas envoyer bouler un patient... Ça c'est pour moi une faute. Ou de pas les... l'avoir examiné, ou de pas... L'erreur c'est... pour moi... de pas avoir fait le diagnostic. Ou le retard.

75 **D'accord. Écoutez ben c'est bon, c'est plutôt clair. Et qu'est-ce qui vous embête du coup dans l'erreur ? Vous disiez tout à l'heure c'est ce qu'on aimerait éviter. Et pourquoi il faut l'éviter ?**

80 Mais pour que le patient ait toutes ses chances de... pour qu'il ait vraiment ses chances de de... de guérir. Voilà.

Et pour quelle autre raison on pourrait vouloir éviter l'erreur ?

85 Pour ne pas avoir le reproche du patient. [Éclat de rire] Et de l'avoir... ne pas l'avoir sur la... sur la conscience hein.

Sur la conscience.

Ouais ouais.

90 **C'est vrai que ça...**

Parce que c'est perturbant hein. [Grande émotion et anxiété perceptible pendant l'entretien]

Mh.

95 Moi je sais que... ça m'a déjà perturbé. Pendant quelques semaines ou quelques mois. Quand je sais que j'ai... j'ai... j'ai un peu trainé, ou j'ai pas vu le... le vrai diagnostic, ou voilà. Euh... ça peut m'perturber pendant quelques temps. Ouais.

Quelques temps.

100

Ouais.

Et le risque d'erreur, vous y pensez... souvent, tout le temps, ou jamais ?

105 Ben j'essaie de pas y penser parce que j'ai déjà vu que quand j'y pensais, qu'ça... qu'ça m'arrivait dans les... dans les semaines qui... qui suivent... [éclat de rire] Je sais pas...

Ah bon ?

110 Non mais c'est vrai !

Donc quand vous y pensez trop...

J'veux pas y penser ouais.

115

... le risque augmente.

Ouais. Je sais pas. Ouais.

120 **D'accord. Et puis quand vous travaillez de manière...**

J'ai...

... détachée par rapport à cette angoisse-là... ça va mieux ?

125 Non, non mais j'y pense... non, non mais dans mon exercice quotidien, j'y pense pas hein. J'veux pas y penser. Je peux pas y penser.

Ça vous empêcherait de travailler ?

130 Ouais. Ouais ouais.

Mh.

135 Non mais j'pense que... bon j'ai... j'ai fait des erreurs, ça je sais... euh... des fautes, c'est encore différent.

Mh. Bon, après tout à l'heure vous avez bien fait la distinction entre les deux...

Ouais ouais.

140

C'était une distinction plutôt... plutôt cohérente.

Ouais.

145 **Et... [toux]**

Mais l'erreur médicale, c'est ça... de pas... de pas faire un diagnostic, ou un diagnostic un peu retardé ou... Donc de passer à côté... oui de passer à côté hein.

150 **Vous trouvez que ce risque de faire des erreurs médicales en médecine générale, il est important ?**

155 Oui. Oui oui. Parce que tu es obligé d'aller vite. Plus vite. Y a plus de patients... que parfois je n'connais pas ... qui viennent parce que... ici à la MSP parce qu'ils ne trouvent pas leur médecin, vous voyez. Donc... j'les connais moins, je... ou quand tu les connais trop tu pars sur quelque chose... tu sais que c'est... voilà... un patient qui se plaint souvent, tu peux passer à côté.

160 **Mh. Et... vous avez l'impression que c'est de plus en plus dur de faire face à ce risque, ou... que c'est pareil que... au début de votre carrière ?**

Non... c'est... moi je pense que... j'ai plus de choses... Je fais p... J'ai plus d'outils. Peut-être je... pff... J'ai mon oxymètre, j'avais pas dans le temps. Juste une petite chose hein. Un oxymètre. J'pense que ça c'est...

165

Donc par rapport à tous ces outils qu'on a en plus...

Ouais.

170 **... on a un gain de sécurité pour le patient ?**

Ouais. Ouais, ouais.

Donc vous, vous êtes plutôt contente de... de tous ces outils en plus.

175 Oui. Quelques outils en plus, ou les reco, ou le... [toux] le logiciel. Avant j'avais les cartons, j'faisais à la main. Le logiciel où je vais dessus...

Le logiciel dans toutes ses... les fonctionnalités qu'il offre ou bien dans certaines en particulier ?

180

Oui... par exemple quand je vais sur les les prescriptions je regarde. Voilà. Ou après je vais aussi maintenant un peu sur internet. Vu que j'suis maître de stage, et qu'les jeunes dès qu'on sait pas hop ils y vont, donc j'essaie d'y aller aussi [en riant], et puis là j'regarde un petit peu...

185 **Mh.**

Et j'ai j'ai moins de... moi je s... j'ai pas de honte à y aller... devant les gens. Ou... quand j'sais pas, je le dis maintenant et je dis « Écoutez je regarde encore et j'vous rappelle. »

190 **Et comment ils réagissent les patients quand... quand le médecin justement il fait preuve d'humilité par rapport à tout ça ?**

J'ai l'impression que... MOI j'ai l'impression qu'ça va !

195 **Qu'ils aiment bien ?**

Ouais, j'ai l'impression qu'ça passe. Ouais.

200 **Mh. Et sinon, comme autre moyen, que vous utilisez au quotidien pour euh... et qui... qui de votre avis euh... vous permet de diminuer ce risque d'erreur médicale ? Donc vous avez cité...**

Plus de... j'fais un peu plus d'examens complémentaires peut-être. J'fais pas mal de bio... de... là je... de radio, d'écho... un peu plus ouais qu'avant.

205

Vous le faites parce que...

Plus... J'me couvre un peu plus.

210 **Vous le faites pour vous couvrir ?**

Ouais. Ouais ouais.

Si y avait pas ce risque derrière, vous le feriez peut-être pas ?

215 Oui. [Rires]

Mais vous le faites pour vous couvrir vous ou pour couvrir le patient ?

[Rires] Moi et le patient.

220 **Vous et le patient.**

Non, le patient... quand même en premier.

Mh.

225

Après c'est di... ouais c'est difficile. T'es obligé d'aller vite, t'as beaucoup d'travail, t'es un peu fatigué. Euh... pff quand t'es fatigué, tu réfléchis peut-être pas comme quand t'es vraiment bien reposé. Et si t'as... ouais t'as pas mal de coups de fil en même temps que tu exerces, t'es perturbé. Parfois moi je fais un examen et puis j'suis au téléphone... après ça m'perturbe, vous voyez.

230

Ouais je vois. Et...

Et l'erreur ouais c'était une fois de pas... Un voisin qui avait des... une tachycardie, une dys...
235 une dyspnée et en TACFA. Et en fait j'ai fait un bout d'ECG, j'avais encore un ancien ECG vous voyez, et après j'ai fait un petit bout d'ECG et puis j'lui ai dit « Bon, je vais vous hospitaliser », il dit « J'veux rentrer, j'veux rentrer, j'veux rentrer. », vous voyez. Et je voyais qu'il était pas bien. Et... j'ai dit « Bon ben vous rentrez mais après vous... votre femme vous conduit en cardio. » [Rire nerveux] Et ben... à domicile il m'a fait le malaise, arrêt. Vous voyez,
240 ça c'était l'erreur. A mon avis, c'était... j'aurais dû le garder... ? Bon est-ce qu'il l'aurait fait dans... J'sais pas.

Ouais c'est vrai que... c'est pas un métier évident.

L'erreur ou... t'aurais dû proposer peut-être le transport, ou appeler le SAMU, et tu... le patient t'as un petit peu... « Non non non, moi j'veux encore rentrer, et voir ma femme et ça fait trois semaines que j'suis essoufflé donc... ». C'était peut-être pas une demi-heure vous voyez. J'avais pas encore d'oxy... j'avais peut-être pas encore d'oxymètre ou de choses comme ça, ou de... des choses comme ça. Après les erreurs... dans quoi ? [Dans ses pensées, semble chercher
250 des exemples de situations] Là une dame qui avait un cancer du sein, une jeune, et... en fait... là c'était le radiologue qui avait mis plutôt fibroadénome et c'était des néo... et après elle devait refaire quatre mois après, ça a un peu trainé plus longtemps, mais de son fait ou de mon f... vous voyez je sais plus. Ouais. Et c'était des... un néo, du sein. Un gros néo.

255 **Mh.**

Ça, ça m'avait aussi... embêté. C'était pas tellement de... ma... ma... mon erreur. Erreur partagée, je sais pas.

260 **C'est vrai qu'après y a des erreurs, mais c'est pas forcément du ressort du... du... du médecin traitant, c'est pas forcément...**

Non ! Sur des nodules thyro... pff... Non mais même pas la thyroïde oui mais... on n'est pas...

265 **Du coup tout à l'heure vous évoquiez la situation du médecin dans ces situations-là, où... il est perturbé, où il peut...**

Ouais. Se laisser...

... il garde sur la conscience...

270

Ouais ouais. Ou j'avais une fois une dame qui avait des grosses céphalées, et puis... j'lui dis « Bon ben si ça passe pas, voilà j'vous fais un scanner. » Le soir j'l'appelle, j'lui dis « Mais ça a passé ? », elle m'dit « Oui, un petit peu mais j'ai encore mal », c'était avant le quinze août, le quatorze, la veille. Et elle m'dit « Non, non non. » On discute ensemble, elle m'dit « Non, ça peut peut-être aller », c'était une hémorragie, vous voyez. C'était une hémorragie, ouais. Après... Vous voyez des choses comme ça.

275

Ça fait partie de... du lot quotidien du médecin hein.

280 Je pense. Je sais pas si tout le monde vous dit un petit peu la même chose. Vous voyez moi j'ai des cas quand même assez précis encore. En tête.

Mh.

285 Après là ça fait quelques temps que... j'ai l'impression... [en souriant] vous voyez j'veux pas l'dire ! Je veux pas l'dire parce que j'ai peur que si j'dis que ça... depuis des mois ou quelques années ça a l'air d'aller, je veux pas tomber sur un... [rires]

Vous avez peur que ça vous... ça vous porte la poisse ?

290

Ouais, ça porte la poisse. [Rires]

[Rires]

295

Ouais.

En tout cas ces derniers temps ça va un peu mieux. [Rires]

[Rires] Je sais pas. J'ai peut-être plus de bouteille ou je sais pas.

300

Ah mais c'est pas le but de cet entretien de... de... de vous porter la poisse. [Rires]

[Rires] J'espère.

305 **Après c'est vrai que... moi-même, j'ai... Si j'ai choisi ce sujet pour faire cette thèse-là, c'est en... en grande partie parce que j'suis passé par mon expérience de l'erreur médicale...**

De l'erreur.

310

... et... et c'est vrai que... j'reconnais que ça a été traumatisant pour moi. Et...

Ouais. Mais c'était une erreur... c'était pas une faute ? Parce que regarde au SAMU là ce qui s'est passé...

315

Mh.

... elle a pas fait ce qu'il fallait faire. Vous vous aviez fait votre travail, mais vous n'avez pas évoqué le diagnostic, ou vous n'avez pas évoqué le...

320 **Oui, il s'agissait d'une erreur de diagnostic en ce qui me concerne, et c'est vrai que... mais malgré ça, par rapport à toutes les conséquences que ça induit, euh... comme vous l'évoquiez tout à l'heure, on n'est pas bien.**

Ah ouais ouais, on est très mal.

325 **Et... et le le... [toux] la question qu'on pourrait se poser également...**

Ouais ?

330 **... au-delà de comment prévenir l'erreur médicale, ce serait de comment prévenir les complications de l'erreur médicale ?**

Oui.

335 **Comment, une fois que l'erreur médicale...**

L'erreur médicale a été... ouais survenue.

340 **... est survenue, comment faire en sorte que... que nous en tant que généraliste on puisse gérer de la meilleure façon la situation ?**

Pour le patient ?

345 **Pour le patient et aussi pour nous même.**

Aussi pour nous même. J'suis toujours seule. [Rire nerveux] J'peux pas en parler à mes collègues parce que... je sais que personne ne peut m'aider. Même chez moi.

350 **Vous pensez que ça... vous pensez pas que ça servirait à quelque chose d'en parler ?**

Même... mon mari, il m'a dit « Oh mais ça va pas pff... ». Lui il s'en fait pas. Non. Les collègues, j'pense qu'ils comprendraient... non. [Partie non transcrite dans un souci de respect de l'anonymat : une phrase] Non, j'le garde pour moi.

355 **Et dans votre pratique... ?**

J'en... j'en parle à mon mari, vous voyez, parce qu'il est dans le milieu aussi. Ah il dit « Oui bon... mais... pff... » Ouais, j'en parle pas trop. Mais j'suis mal. [Rires nerveux]

360 **Et jusqu'à présent vous n'avez pas trouvé de solution pour... euh... pallier à ces difficultés-là ?**

Pour en parler ?

365 **Pas forcément en parler, peut-être que ça peut être...**

Ou quand j'suis avec le patient, je... j'ai toujours un peu j'm'accuse vous voyez. J'dis « Oui, bon, on a un peu trainé... »

370 **Donc en fait le fait d'en parler avec le patient...**

Ouais, je dois presque un peu en parler au patient, ouais.

375 **... le fait d'en parler librement avec le patient, ça ça vous aide à surmonter l'épreuve ?**

Ouais ouais.

Et vous parliez tout à l'heure de... une des difficultés c'est...

380 Ou même... ou même avec la famille !

... le reproche du patient.

La famille, qui ne m'en veut pas trop ou qui... qui comprend même.

385 **Comme si vous aviez ce besoin de de...**

Ah ouais, de me...

... de retrouver la confiance du patient et de la famille.

390 Ouais ouais. Ou quand je...

Et une fois que vous l'avez récupérée cette confiance ça va mieux ?

395 Ouais ouais. Non mais c'est... [rires] J'sais pas vous... Qu'est-ce que vous...

Ben j'pense qu'on est un peu tous... alors y a des petites différences entre nous, mais... mais dans tout ce que vous dites, moi j'partage une grande partie euh...

400 Là où j'me suis amélioré c'est peut-être en... en étant avec des des internes vous voyez. En étant plus au courant des recommandations, en regardant plus, en vérifiant un peu plus.

Mh.

Avec l'ordi, les résultats, les papiers, les...

405 **Donc d'être maître de stage...**

J'fais pas mal de de de... de vérifications hein.

410 **Mh. Ça vous impose plus de rigueur d'être maître de stage ?**

Ouais. Peut-être ouais. Plus de... ouais.

Mh. Ah mais c'est bien, là on a déjà fait pas mal... le tour de pas mal d'idées. Et... si on devait maintenant raisonner à l'échelle d'une population globale de médecins

415 **généralistes, euh... quelle idée on pourrait mettre en place pour améliorer euh nos prises en charge ?**

Peut-être quand même... voilà faire des... des réunions, exposer... des cas de patients qui te posent problème. Ouais. Ça se fait un peu ici.

420 **Ça vous faites un peu ici dans votre cabinet ?**

On fait un peu ici, ouais.

425 **Mh. Un peu comme des... comme ce qu'il se fait à l'hôpital, les... vous savez les revues de morbi-mortalité à l'hôpital ?**

Oui voilà. Regarder un petit comme ça ouais.

430 **Tout ce qui a posé problème, vous le... vous l'échangez entre vous.**

435 Ce qui me pose aussi problème c'est les... les... par exemple regarde les mélanomes, c'est hyper dur... hein moi je sais pas mais... parfois tu passes à... à côté. Mais alors après t'as pas accès au... au spécialiste non plus. Pour moi c'est facile de faire une lettre. Mais si c'est six mois ! Une attente de six mois. Vous voyez. Parfois c'est aussi ça le... Tu t'dis bon, qu'est-ce que c'est... ?

Faudrait faciliter les échanges entre... entre spécialistes ?

440 Ouais. Entre spécialistes ouais. Ouais.

C'est pas le cas ?

445 Avoir plus de facilité d'accès. Ouais. [Silence] Les échanges... ou... entre nous et avec les spécialistes ouais.

Tout à l'heure vous parliez des patients qu'on connaît pas.

450 Ouais.

Vous savez les patients, qui viennent vous voir et que vous connaissez pas.

Moi j'trouve ça c'est difficile.

455 **Quelles difficultés vous rencontrez avec eux ?**

460 Ils me connaissent pas, ils me font pas forcément confiance, vous voyez. Moi je les connais pas, je sais pas ce... si... si ce qu'ils me disent... ce qu'ils sont en train de me dire c'est vraiment « J'ai mal au ventre », voilà. Là j'avais le cas d'une patiente, elle avait mal au ventre, elle avait déjà vu d'autres médecins, le gynéco et tout ça, elle me dit « J'ai toujours mal au ventre », bon j'me suis dit « Ben c'est rien. » Après à la fin j'lui ai dit « Bon, faites quand même une écho. » L'écho y avait une masse. Vous voyez, mais j'allais passer peut-être... Mais j'suis pas médecin traitant, j'l'ai appelé pendant une semaine pour lui dire qu'il y avait une masse à l'écho et qu'il

465 fallait faire un scanner, elle m'dit « Oui oui j'vais revoir mon médecin traitant ». Pas de nouvelles. Mais vous voyez...

Donc là vous savez pas si elle a vu son médecin traitant ou non.

470 Ouais. Pas de nouvelles.

Ouais, c'est vrai, c'est ça la difficulté, on connaît pas les antécédents, on connaît pas les traitements...

475 Parfois y a même pas le... le téléphone, ils répondent pas au téléphone, ils répondent pas. On connaît pas les antécédents... C'est ça la difficulté ouais.

Quelles solutions on pourraient proposer pour remédier à ce problème ?

480 Quand ils... quand tu n'es pas médecin traitant ?

Quand on connaît pas les gens...

Quand tu connais pas les gens.

485 **... qui viennent nous voir et qu'ils viennent nous voir pour une urgence ?**

D'les refuser. [Rires]

[Rires]

490 Alors la solution ce serait ça.

Alors ça ça vous aiderait à vous couvrir vous, mais pour le patient, c'est pas le top. [Rires]

495 Ouais ouais. Non mais après je les vois quand même et... voilà j'essaie de...

De faire au mieux.

500 ... de faire au mieux. Euh... Ce qui est bien là dans... dans le coin, c'est vrai que t'as les radiologues pas loin donc... les labo... t'as toujours... t'as une aide ouais. Mais bon. J'pense que les fautes, c'est de n'pas avoir fait ce qu'il fa... c'qu'il fallait faire. L'erreur c'est ce que tout le monde... Tu dois mettre les moyens en œuvre pour ne pas avoir l'erreur mais... t'as pas... obligation d'avoir aussi un diag... ton diagnostic hein. Non ? J'sais pas. Ce que...

505 **Ouais, moi je suis de votre avis. J'suis de votre avis. Et... alors là on... J viens de vous demander par rapport au patient qu'on connaissait pas. Et vous m'a... vous m'avez dit qu'on pouvait... qu'on pouvait aussi se tromper avec les personnes qu'on connaît trop.**

510 Ouais. Parce que tu pars avec eux, sur une certaine idée, tu l'connais, tu sais qu'il se plaint facilement.

On a des préjugés.

515 Ouais ouais. Donc... [rires] Tu t'dis « Bon, bon lui il a... il a pas... il a rien ». Maintenant c'que j'dis très souvent aux gens... comme ça ça devient... « Revenez si ça va pas. »

Et ça c'est une des solutions que vous utilisez.

520 « Revenez si ça persiste. N'hésitez pas, revenez. » Ça c'est une des solutions. Ouais. J'sais pas si les autres médecins font ça.

Y en a beaucoup qui font ça.

Moi j'dis « Revenez, si ça va pas, n'hésitez pas, j'suis là, revenez. »

525 **Et... donc ça ce serait la solution pour pallier à ce problème là quand on les connaît trop, de finalement... notre garde-fou ce serait de les faire revenir plus souvent.**

530 De les faire revenir. Ouais. Parce que après quand tu les... les vois plus que... ça... Ou qu'ils vont... après s'ils vont ailleurs [rires], t'as pas fait le diagnostic, l'autre médecin fait le diagnostic, bon... c'est un peu gênant hein. Mais bon.

C'est gênant par rapport à... à quoi ? Par rapport à qui ?

535 Ben t'as t'as un peu ta fierté. [Rires] Non mais c'est pas ça... Bon ben si quand même. [Rires] Mais c'est gênant par rapport au patient hein qui ne vient plus... qui ne... qui après change peut-être aussi de médecin hein.

Donc c'est gênant surtout par rapport au patient ?

540 Oui.

Par rapport aux... aux confrères, c'est gênant aussi ?

545 Non.

Pas forcément ?

Non pas forcément.

550 **Vous pensez...**

Y a énormément d'patients, c'est pas gênant. Vous voyez. C'est pas...

555 **Vous pensez qu'il y a de l'indulgence entre les médecins par rapport à ces risques-là ?**

Certains oui, mais pas... pas tous. Pas tous ouais.

Et les patients, vous pensez qu'ils nous...

560 Parce qu'après l'autre médecin vous voyez... il va... peut-être un petit peu vous voyez... « Oui, il aurait dû... ». Souvent... confraternité... c'est pas toujours ça hein. Ou le spécialiste... « Oui ben... il aurait dû... vous a... » Bon, non mais... globalement ça... ça va quand même.

565 **Et par rapport au patient, vous pensez qu'il y a une indulgence par rapport au médecin traitant et qu'il... ?**

Si t'es sympa avec lui, j'pense que oui. Le médecin qui est sympa, qui a... vous savez de la sympathie, d'l'empathie, j'pense ça s'passe mieux qu'un médecin froid qui dit « Mais non ! » J'pense que c'est...

570 **Qu'est-ce qui se passe mieux ? En cas d'erreur de... ? En cas d'erreur ?**

En cas d'erreur ouais.

575 **Mh.**

J'pense qu'il y a plus d'indulgence. Mais souvent ils te glissent quand même une ptite phrase « Ah on aurait pu le découvrir un peu plus tôt hein. », « Ah j'vous avais dit quand même que... j'étais constipé hein. »

580 **Et vous réagissez comment dans ces moment-là ? Quand y a des petits reproches...**

Des reproches ouais.

585 **... des petites réflexions ?**

Ben je dis... J'retourne sur le dossier, j'regarde... c'que j'ai noté et... ouais et peut-être que... J'ai dit « Oui, mais vous étiez constipé, ça fait deux trois mois, avant j'vous avais même prescrit une fois quelque chose... un Smecta pour des diarrhées... » Mais parfois ils te font des...
590 ouais... Après actuellement, la médecine a fait des progrès [rires]... donc on peut... même si y a un petit peu de retard, ça... ça peut encore aller. Ça peut se rattraper aussi... les erreurs.

Ça peut... Heureusement !

595 Heureusement.

Heureusement.

Ça se rattrape souvent, non.

600 **Heureusement. Et c'est pour ça d'ailleurs que... y a plein d'outils... Une fois que l'erreur a été faite, après y a plein de façons pour...**

Plein d'outils pour ne pas la refaire.

605 **Déjà pour pas la refaire, et puis surtout pour limiter les... les dégâts.**

Les dégâts ouais. Mais quoi alors ?

610 **Encore faut-il utiliser...**

Par rapport au... au spécialis... le traitement ultérieur...ou le...

Non mais vous vous venez d'en citer un que j'trouve très pertinent. Vous avez dit euh... que... les personnes par exemple que vous connaissez très bien...

615

Ouais.

J'pense après que ça peut s'appliquer à d'autres.

620

Ouais.

Quand ils sont insistants sur certaines plaintes, ben finalement vous leur dites de revenir si ça va pas mieux.

625

Oui.

Donc ça c'est un des outils, je pense que c'est un outil très simple...

« Revenez. »

630

Vous avez parlé aussi de la disponibilité des médecins spécialistes.

Ouais.

Effectivement, celui qui a la chance d'avoir les médecins spécialistes...

635

Ah ouais, ça c'est vrai. C'est vraiment beaucoup mieux.

... à disposition, c'est vrai que... ça peut être... ça peut être un bon outil aussi pour...

640

Bon moi j'hésite pas quand même à demander à mes collègues si j'sais pas.

Mh. Vous voyez le fait de... de pas être... d'avoir une collégialité.

645

Il faudrait être pas très... il faut être... et être un peu humble aussi. Mais c'est pas évident. Et parfois t'es obligé de faire vite. Et là tu peux aussi passer à côté.

Ça vous pensez que c'est une des causes de... d'erreur... c'est...

650

Oui. La fatigue ! Avoir trop de... trop de patients, trop de boulot. Être pris par... par un... quelqu'un en salle d'urgence, le téléphone... J'pense que ça aussi.

Mh.

655

D'être... Ne pas avoir assez... Ne pas se former assez... Ne pas... Ne pas suivre un peut tout... toutes les nouvelles reco, les... les choses qui changent oui. C'est pour ça qu't'es en constante... formation.

[Fin de la transcription]

Entretien 8**Profil du participant :**

Code participant	8
Sexe	Homme
Age (ans)	35
Durée d'exercice (ans)	3
Zone d'activité	Semi-rurale, ZRR
Mode d'installation	Association
Maître de stage	Non
Spécificité de l'activité	/

Contexte de l'entretien :

Lieu de l'entretien	Cabinet Médical
Durée de l'entretien (mn)	29

Transcription de l'entretien :

Gras : Intervieweur

Normal : Interviewé

[...] : Paratexte

[Début de la transcription]

L'erreur médicale, c'est quelque chose qui vous parle un petit peu ? Ou... pas trop pour le moment ?

5

Pff... A part... à part c'qu'on lit dans les... dans les magazines type MACSF et... où ils... où ils font des fois... enfin ils racontent des fois certaines... histoires qu'il y a eu, les préjugés qu'il y a eu, et le tribunal comment ça a été... ça a été jugé. Mis à part ça, non j'ai pas... Et puis voilà, les expériences... les expériences personnelles des différents confrères quand on... quand on s'rencontre et qu'on en discute. Quand ils m'racontent des fois telle ou telle chose. Mais c'est tout. Mais après personnellement, j'espère que j'aurais jamais à en faire, mais j'ai jamais eu encore eu à vivre ça mis à part une fois quand j'étais interne, mais c'est encore un autre cadre ça parce que c'est le cadre de l'internat, à l'hôp... l'hospitalier, ça n'a rien à voir avec la médecine générale. Mais là en médecine générale, non, pour l'instant j'ai jamais eu à être confronté à ça personnellement. C'est juste euh j'connais l'erreur médicale à travers les histoires qu'on m'racontent ou à travers les lectures des magazines.

10

15

D'accord. Et... si vous deviez définir l'erreur médicale, vous la définiriez comment ?

20

Waouw. Euh... Pour moi c'est... c'est faire un acte qui... qui euh... qui va à l'encontre de... des recommandations, ou à l'encontre de... du bon sens. Et qui... qui porte... enfin qui porte préjudice au patient. Après le préj... le préjudice, il peut être pas forcément physique, il peut être moral, il peut être... d'ordre... d'ordre autre que le préjudice physique. Moi j'le définirais comme ça. Après j'pense que la définition elle est beaucoup plus large.

25

Ben en tout cas c'est votre définition.

Moi j'la définirais comme ça.

30 **C'est ça qui m'intéresse.**

C'est... ouais faire un acte médical qui va... qui va à l'encontre du bon sens ou qui va à l'encontre de ce qui est recommandé de faire par les instances savantes médicales.

35 **Et le bon sens ce serait quoi ?**

[Rires]

[Rires] **C'est les recommandations ?**

40

Non. Ben non le bon sens c'est pas les recommandations, justement, c'est... c'est... pff... c'est ce qui te paraît être... enfin c'est c'qui... le bon sens c'est faire le nécessaire, enfin utiliser les moyens... l'obligation de moyens pour... pour que le patient puisse être en sécurité. Donc si tu... si tu utilises... si tu mets pas les obligations de moyens, c'est aller à l'encontre du bon sens. Bon après... je sais pas si c'est juste. C'est... un exemple tout simple, j'sais pas moi, on vous demande de voir quelqu'un à... j'sais pas... à telle heure, pour telle ou telle chose, j'sais pas moi, une douleur tho, ou une fièvre ou je sais pas quoi. Et... et tu dis « Non j'veux pas aller l'voir » et derrière le patient, il a un préjugé, c'est ta faute... c'est pas parce que t'es allé le voir que tu lui aurais sauvé la vie, mais le fait d'aller le voir c'est l'obligation de moyens, donc ça c'est le bon sens, tu vas aller le voir, tu l'examines, tu fais ce que tu peux. Après... tu y arrives ou tu y arrives pas, en tout cas t'as mis l'obligation... t'as fait ce que tu pouvais quoi.

50

Mh.

55 Et pour moi c'est ça le bon sens. Voilà tu vas l'voir. Après... ça dépend des situations.

Ouais ouais je vois.

60 Dans ces situations-là c'est le bon sens qui [inaudible : un ou deux mot(s)]. Tu dis pas « Non, c'est rien, ça va passer » ou un truc comme ça. Non, tu vas le voir et tu... tu diras sur place si c'est... Quitte à ce que tu vas le voir, tu penses que c'est rien et que tu repartes. Mais au moins tu l'as vu, tu l'as examiné. T'as l'droit d'te tromper mais... le fait d'pas aller l'voir c'est ça qui est pas bon.

65 **Ouais, je vois. Et comment vous... feriez la distinction entre l'erreur médicale et la faute ? La faute professionnelle ?**

C'est sur le plan juridique ou sur le plan... personnel à moi ?

70 **Non, sur... sur le plan personnel. Est-ce que vous déjà dans votre tête, est-ce que vous faites une distinction entre les deux ?**

75 [Silence] Pour moi l'erreur... voilà l'erreur elle est plus... elle est plus large. C'est la définition que j'ai donné tout à l'heure. Aller à l'encontre du bon sens, aller à... Alors que la faute c'est vraiment les recommandations. C'est-à-dire si tu vas... si tu fais quelque chose qui est à l'encontre des recommandations, là c'est une faute. J'sais pas moi, un truc qui est contre-indiqué, tu l'donnes, c'est une faute. Par contre, tu donnes un médicament qui n'est pas contre-

indiqué, mais c'était pas forcément le bon et... voilà... [bégaiements] tu peux aller à l'encontre du bon sens. Pour moi la faute c'est vraiment sur le plan juridique. C'est-à-dire t'as pas fait ce qu'il y avait écrit dans les reco. Alors que l'erreur ça peut être beaucoup plus large que ça.

D'accord.

Ça... tu peux avoir... tu peux avoir fait une faute sans avoir fait une erreur médicale. [Silence] Euh... tu peux avoir fait une erreur médicale sans avoir fait une faute. C'est-à-dire tu peux faire quelque chose qui est pas bien, mais... si on regarde les textes et les procédures, voilà c'est... c'est pas forcément écrit parce que... ça reste des recommandations, c'est pas des obligations. Tu peux faire une erreur médicale sans avoir fait une faute.

Sans faute.

90

Ouais.

Mh. Et une faute, est-ce qu'elle est obligatoirement liée à une erreur ?

95 M'ouais, oui. Après c'est ma définition, j'sais pas si elle est juste ou pas.

Et... et... dans votre... dans votre pratique, à quel(s) moment(s) vous y pensez... à l'erreur médicale ?

100 [Éclat de rire] Tout le temps ! Franchement...

Tout le temps ?

Souvent quand même. Surtout avec les enfants.

105

Et vous êtes content d'y penser tout l'temps ou vous aimeriez y penser moins ?

Non, j'voudrais y penser moins. J'pense que c'est... des fois c'est un frein, ou des fois ça nous fait prescrire des choses qu'on devrait pas. Pas p... Juste ce matin, quand j'ai vu un enfant qui est venu, que j'connais pas, que j'avais jamais vu. Euh... qui a de la fièvre depuis... vingt-quatre heures. Bonne fièvre. Ils sont allés voir hier les urgences, euh... le pédiatre s'est pas déplacé, parce que c'est des urgences... pédiatriques, mais y a pas de pédiatre sur place. Il leur a dit de prendre du Doliprane, il les a fait rentrer. Ils sont venus... Le seul truc qui m'a embêté... aucun symptôme, fièvre isolée, une bonne fièvre, quarante quarante et demi, aucun symptôme. J'l'examine, le seul truc qui m'embêtait, c'est qu'il était apathique l'enfant. Euh... le papa il m'dit... moi j'le connais pas l'enfant, pour moi il était à peu près normal, le papa il m'dit « D'habitude il saute, il court, il... » et... pas de syndrome méningé, rien donc... à priori y a pas de méningite, rien... Mais... mais j'suis toujours là à m'dire « Si c'est une méningite », parce que ça peut être malgré tout, ça peut en être une, j'ai pas... j'ai pas de... de d'éléments... concrets scientifiques qui... j'ai pas de PL, j'ai rien, j'ai juste la clinique et... et moi et ma conscience quoi. Donc... donc euh bon j'l'ai pas envoyé à l'hôpital et tout et tout alors que... le fait est de penser à l'erreur, de dire « Ah ben non j'vais l'envoyer à l'hôpital il est apathique », même si j'ai rien d'autre cliniquement, j'ai vraiment rien, pas de vomissements, rien, il a bien mangé ce matin, il a pas de nausées, je l'examine, l'abdomen souple, rien, y a pas... bon c'est un enfant, donc la raideur de nuque j'avais pas mais c'était pas un syndrome méningé. MAIS dans ma tête j'me disais, s'il lui arrive un truc, c'est pour ma pomme quoi. Euh... après voilà j'ai donné des conseils au papa, j'ai dit « On va continuer le traitement

130 symptomatique, si y a quoique ce soit, n'hésitez pas à aller à l'hôpital et tout... », et j'lui ai donné vingt-quatre heures de surveillance, j'lui ai dit « Si demain ça va pas, vous m'rappelez ». Mais malgré tout... voilà... sur ce cas-là, l'erreur j'y ai...

Vous y avez pensé ?

135 J'y ai pensé ouais.

Est-ce que ça a modifié du coup votre prise en charge... d'y penser ?

140 Ça a failli ouais. A un moment donné j'me suis dit « Est-ce que je... est-ce que j'l'envoie à l'hôpital ou pas ? », par... plus pour m'protéger qu'autre chose. A la fin j'me suis dit « Non c'est bon, j'peux... j'suis disponible, j'peux l'garder à la maison s'il faut il m'rappellera le gars, j'pourrais toujours lui dire d'y aller ou pas ». Après le papa était... ce qui m'a fait un peu changer d'avis c'est surtout le papa, c'est un ingénieur, il avait l'air d'être... qui avait toute sa tête, quelqu'un de fiable on va dire. Donc... la fiabilité des parents m'a fait faire... m'a fait dire que...

145 **Donc là tout le stress est redescendu quoi ?**

150 Pas redescendu mais... après j'y ai réfléchi. Mais à un moment donné, oui, je... j'avais envie de l'envoyer quoi.

Mh.

155 Ouais, j'pense que s'il y avait pas la fiabilité des parents, j'pense que je l'aurais probablement envoyé oui.

Mh. Donc là, vous vous aimeriez bien y penser un petit moins.

Ouais, clairement. Ouais ouais.

160 **Vous pensez que ça vous... vous travailleriez dans des meilleures conditions ?**

Ouais ouais.

Ça vous soulagerait un petit peu.

165 Ouais. J'pense ouais. J'pense. Même sur les gardes de nuit et tout. C'est vrai que t'y penses... t'y penses souvent quand même. T'y penses quand même. T'y penses, tu t'dis euh...

Vous y pensez à chaque patient ou... ?

170 Non pas à chaque patient, non ça dépend des cas. C'est juste les cas où ils sont un peu...

Juste souvent ?

175 Souvent ouais. M'ouais. Mais pas à chaque patient. Y a des trucs c'est simple, tu sais, t'es sûr de toi. Mais c'est... Bon après la médecine, on travaille souvent dans la probabilité, dans l'incertitude.

Mh.

180 D'ailleurs c'est la base même du travail, tu travailles souvent dans l'incertitude. C'est par probabilité. Mais c'est vrai que quand t'as de grosses incertitudes et quand ça peut avoir des conséquences graves, c'est là que t'es un peu... où t'es un peu plus... Quand tu sais que même si tu te trompes, la conséquence elle sera finalement pas très grave, tu t'en fous, mais c'est vrai quand tu sais que la conséquence elle peut être grave, ça peut... ça peut être... ça peut t'arriver...
185

Et vous pensez à quoi comme répercussions, quoi comme type de répercussions euh... les conséquences ?

190 Ben... pareil, le tribunal, voilà... C'est vrai que le fait d'avoir entaché ta réputation, le tribunal, et puis les patients aussi. Si les patients il leur arrive quelque chose, tu dois... tu dois quand même culpabiliser pendant un certain temps. [Peu audible : « quand tu t'as dit »]... « Ouais j'suis passé à côté, j'ai pas bien fait mon travail et tout et tout... » Donc voilà. Donc c'est vrai, c'est pour ça que chez les enfants c'est peut-être plus important. Après euh... c'est surtout ça en fait.
195 Mais après c'est vrai que le reste voilà. Après ils disent bien que... la probabilité c'est un procès par... par carrière. C'est ça. Donc... [rires] Apparemment ils disent ça.

Je sais pas. C'est vrai que y a des...

200 Non ils disent... En moyenne c'est un procès... mais c'est une moyenne.

J'sais pas si y a des statistiques...

205 Si si j'crois que la moyenne, il me semble, j'sais pas où j'ai lu ça... Il me semble avoir vu ça quelque part comme quoi c'était un procès par carrière.

**J'espère qu'il y en aura un qui en aura deux et comme ça... qu'il prendra la mienne.
[Rires]**

210 Y en a qui en ont jamais, y en a qui en ont plusieurs. Mais... il m'semble que c'était à peu près ça quoi. Après voilà oui... Faut... faut vivre avec. C'est vrai que j'aimerais bien y penser moins, c'est sûr que j'aimerais travailler plus libéré, ça c'est sûr.

Vous pensez que vous travailleriez mieux, si vous y pensiez moins ?

215 Ouais, j'pense ouais. Après ça peut être moteur aussi. Peut-être ça nous fait faire des choses... c'est pas forcément mauvais d'avoir une... d'avoir... en sachant que on peut être... parce que voilà ça permet de dire... d'être consciencieux, d'travailler... et d'travailler consciencieusement. Par contre y a des confrères à qui tu parles, ils s'en foutent complètement.
220 C'est des gens ils... souvent c'est ceux qui passent entre les mailles du filet [en riant], vous voyez qui n'ont jamais d'problèmes, vous voyez. [Finit par un éclat de rire]

C'est l'impression qu'on a.

225 C'est l'impression qu'on a. Mais c'est vrai que... j'me dis que quelque part, peut-être ça peut aussi être moteur et que... finalement c'est pas plus mal. Parce qu'il faut quand même... on est dans un état de droit donc il faut... faut pas que les médecins non plus ils puissent faire ce qu'ils

veulent, ce serait pas bien. C'est bien quand même qu'il y ait cette responsabilité-là et que...
230 et... après est-ce qu'elle est... est-ce qu'elle est forte, pas forte ? Je sais pas. Je sais pas. C'est-
à-dire est-ce que le niveau est trop... est... je sais pas, est-ce que le niveau de cette...

Exigence ?

... de cette exigence, est-ce qu'il est trop haut, est-ce qu'on pourrait le diminuer un peu ou est-
235 ce qu'il est ce qu'il faut ? Ça je sais pas. C'est... un débat qui est ouvert, mais... mais le fait
qu'il soit là, j' pense que ça c'est nécessaire. J' pense pas...

Est-ce que vous...

240 ... j' pense pas que ce soit bien de dire au médecin « C'est bon, il vous arrivera jamais rien vous
êtes jamais responsable », ça j' pense ce serait une erreur.

C'est bien de leur faire peur ?

245 Quand même ouais. J' pense, ouais. Y a un minimum.

Mh.

250 Après voilà, leur faire peur mais est-ce que là... est-ce que là on n' est pas arrivé à un stade... à
un stade trop élevé, je sais pas ? A quel niveau, c' est ça la... la difficulté elle est là.

Et par rapport à l'exigence qu'on a de nous, est-ce que vous sentez qu'on est armé ? On est suffisamment armé par rapport à... à cette exigence-là ?

255 Au début j' pense que non, mais au fur... En fait c' est l' expérience qui fait que j' pense qu' au
fur et à mesure oui. Au début j' pense c' est un peu difficile, c' est quand tu commences, tu
débutes, c' est un peu dur et tout, en tant qu' interne, après en tant que remplaçant. J' pense qu' au
260 fur et à mesure... Après, moi j' ai eu la chance d' avoir eu une bonne formation, parce que j' ai
fait le SASPAS, c' est vrai que ça, ça m' a... complètement changé la vie. J' pense que si j' avais
pas fait le SASPAS, ça aurait été beaucoup plus difficile pour moi. Le fait d' avoir... d' avoir
été accompagné avec un médecin pendant six mois euh... où j' étais tout seul, mais quand même
j' avais quelqu' un, j' avais une... comment dire une...

Un garde-fou.

265 ... un parachute, un filet derrière moi. Ça m' a aidé à prendre de l' assurance et à vraiment
travailler sereinement. Si j' avais pas fait ça j' pense ça aurait été beaucoup plus compliqué hein
dans la médecine générale. J' ai jamais discuté avec les confrères qui en ont pas fait, mais...

270 Compliqué... par rapport à quoi ?

A l' exigence, j' pense que j' aurais mis peut-être plus de temps à avoir... à être formé par rapport
à l' exigence que demande la médecine générale.

275 Vous pensez que vous auriez fait peut-être plus de risques d' erreur ou...

Ouais j' pense ouais.

... ou alors vous auriez moins gé... vous auriez géré les erreurs de manière plus difficile ?

280 Non, j' pense que j'aurais fait... j' pense que si j'aurais pas fait ça j'aurais fait... plus... pas forcément des erreurs, mais c'est vrai qu'on est formé à la façon à l'hôpital, donc en arrivant sur le terrain en médecine générale, qui est complètement différent, j' pense que j'aurais pas travaillé correctement. Euh... j'aurais soit fait galérer plus les patients pour un... un gain derrière qui aurait pas été forcément bénéfique. Quand j' dis galérer, d'les envoyer à l'hôpital, 285 d'leur faire des examens qui... Soit l'inverse, soit j' serais passé à côté de trucs qui me paraissaient... ou j'aurais dit « Oh, non c'est rien, c'est bon... ». Après à l'hôpital on voit que des choses graves, et vu que les gens viennent avec des petits bobos on a toujours l'impression que c'est de la bobologie alors que pas du tout.

290 **Mh.**

J' serais passé à côté de trucs qui étaient quand même plutôt graves et... et ouais j' pense que ça m'a aidé. Sinon oui j' pense qu'on est formé à l'exigence, mais... ouais j' pense qu'on est quand même plutôt bien formé.

295

D'accord. Et vous du coup dans votre... dans votre pratique, euh... quel(s) moyen(s) vous utilisez, et vous avez à votre disposition, pour faire face justement à ce risque d'erreur médicale, pour réduire euh le risque d'erreur ?

300 Alors, ce que je fais souvent, ce que je fais souvent donc ben au moins... beaucoup internet. Donc j'utilise beaucoup les sites référentiels des médecins généralistes, donc Lecrat par exemple pour tout ce qui est médicaments tératogènes, euh j'utilise beaucoup antibio... euh en fait en Lorraine, ils ont Antibiolor, c'est un livret pour la ville, pour les antibiotiques de la ville et tout ça, pour savoir ce qu'il faut faire, ce qu'il faut pas faire. J'vais beaucoup dans le site des 305 recommandations, vous savez le DReFC, c'est le site des... référentiel des recommandations, sur le site de... de la société française de médecine générale. Donc je... régulièrement je vais là-bas. Donc voilà ce que je fais. Puis j'essaie de de... la surveillance, j'essaie vraiment d'être... Pour moi la surveillance c'est vraiment [inaudible : quelques mots]. Quand il y a des choses où j'suis pas sûr, soit j' dis aux gens d'appeler, je rappelle derrière, [inaudible : quelques 310 mots]. Voilà, c'est comme ça que j'essaie de travailler. Est-ce que je fais ça pour éviter l'erreur médicale ou est-ce que je fais ça parce que je considère que c'est le travail qu'il faut faire ? J' pense que c'est le travail qu'il faut faire avant tout. Et j' pense que c'est ça qui me permettra d'éviter l'erreur médicale.

315 **C'est ça ouais, moi j'vous demande pas si vous l'faites avec tout le temps cette intention-là...**

Non, clairement j'le fais pas.

320 **... mais est-ce que vous pensez que ça c'est des outils pour diminuer le risque d'erreur ?**

Ouais, j' pense que c'est ça qui m'protège. Ouais qui me protégerais ouais. Ouais. C'est vrai que le fait de chercher en fait. D'aller... quand on sait pas d'aller chercher, ça j'le fais, quitte à perdre du temps des fois dans la consult, parce que souvent on est pressé, ça aide à...

325

Ça aide à la communication quoi de rappeler quand t'as un doute.

Ouais de rappeler quand t'as un doute. De pas rester... C'est pour ça... Ou d'écrire, pas chercher maintenant, chercher après... En tout cas de... de toujours aller à... voilà de pas se contenter à s'dire « Ah ben j'sais pas, y a rien... » Vraiment d'chercher. La... ce qu'ils appellent l'inertie médicale. J'essaie de combattre mon inertie médicale. [Rires] Non mais c'est vrai en plus. C'est... c'est pas évident. Y a des jours comme ça, t'as pas envie et tout... mais... faut s'forcer, c'est... J'ai vraiment cette inertie médicale euh... La première fois qu'on en a entendu parler, quand j'ai commencé mes remplacements et tout... ils nous disaient « Il faut... ». C'est vrai que... on a toujours tendance à vouloir que les... les patients soient bien et tout, alors que c'est pas du tout ça.

Et puis tout à l'heure aussi vous parliez du... SASPAS hein qui pour vous j'pense a été un outil aussi efficace de...

Ah pour moi ça a été... ouais de formation, pour moi ça a été vraiment... ça a été vraiment...

Pourtant il est pas proposé à tous les... à tous les étudiants.

Ben c'est pour ça... c'est pour ça que moi j'dis que j'ai eu la chance de le faire. Euh... tout le monde ne l'a pas fait. Pour moi ça a été... ça a été dans les deux sens. Notamment révélateur, parce que je me suis dit c'est ce que je veux faire, pourtant j'avais déjà fait le... le stage de premier niveau, mais ça n'a rien à voir.

Par rapport au stage praticien vous voulez dire ?

Par rapport au stage praticien. Ça n'a rien à voir, déjà ça m'a permis vraiment de dire, même si... j'voulais déjà faire ça avant, mais là ça m'a vraiment confirmé dans mon choix. De faire le SASPAS. Et en plus ça m'a permis, en termes de formation, d'être beaucoup plus... euh pertinent dans le choix de mes décisions et de mes prises en charges. Ça c'est clair et net. Donc ça n'a rien à voir... quand même la médecine générale c'est pas du tout... et j'le vois ! Où j'le vois, où j'le remarque des fois c'est quand j'vois... quand j'vois des jeunes remplaçants maintenant qui remplacent... quand j'vois leurs prises en charge euh tu vois c'est hospitalier, tu vois tout de suite c'est hospitalier. [Rires] Ou quand j'remplace des des des confrères qui... de ma génération, qui sont déjà installés et qui ont pas fait le SASPAS, ça aussi j'le vois. Franchement tu l'vois. Parce qu'ils sont encore jeunes, donc ils n'ont pas encore beaucoup d'expérience, ils ont quoi deux ou trois ans d'installation. Tu vois qu'ils ont pas encore... Le SASPAS ça aide quand même. Parce que le SASPAS t'es quand même avec des médecins qui ont soixante ans, soixante-cinq ans... ils ont quand même toute une carrière derrière eux de travail. Ils t'apprennent quand même beaucoup beaucoup d'choses que tu... t'apprends pas dans les livres.

En médecine générale par rapport à... d'autres spécialités...

[Entretien interrompu quelques minutes par un collaborateur du cabinet]

Voilà on reprend. On en était où ? Les moyens... c'est quoi la dernière question que je vous avais posée ?

J'sais plus.

C'était sur... euh... si si je m'souviens.

Les moyens de s'prémunir donc on avait parlé de...

380 **Si si. Est-ce que vous avez l'impression que par rapport à... à d'autres spécialités, euh... est-ce que vous avez l'impression qu'en médecine générale euh... on est suffisamment formé par rapport à cette... à ce risque d'erreur médicale, par rapport à ses conséquences ? Est-ce que on est suffisamment outillé, et armé par rapport à tout ça ?**

385 Peut-être moins mais parce qu'aussi on est moins sujet aussi. C'est-à-dire... Enfin, pour en avoir discuté avec des chirurgiens, ils ont quand même plus de procès, et d'autres choses comme ça... L'autre fois j'parlais avec un chirurgien, il m'a dit... C'est un jeune, qui a peut-être trente-huit ans, il en est déjà à son troisième procès quoi. Donc euh... j'pense que... j'pense qu'on est... Le fait est d'avoir moins euh... d'avoir... d'être moins... moins sujet à ce genre de... de

390 problématique, euh donc on est moins formé, on sait moins... on sait moins comment ça se passe. Parce que lui je m'souviens, il connaissait son assurance, il savait comment ça allait marcher. Voilà, comme il avait déjà fait la procédure, ça lui est déjà arrivé plusieurs fois, donc il était un peu plus armé par rapport à ça. Euh... sur le terme de la... de la... de l'entretien et tout. Nous comme on est moins sujet à ça, donc forcément on...

395 **On est moins sujet à quoi ?**

A l'erreur médicale. Enfin en tout cas... au procès.

400 **Au procès ?**

Au procès oui.

Ben l'erreur médicale, vous pensez qu'on est moins sujet à l'erreur médicale ?

405 Peut-être pas oui. On est moins sujet au procès. On est moins sujet au procès, parce que oui c'est vrai que... euh le médecin de famille, les gens ils sont plutôt tolérants avec lui, c'est presque un membre d'la famille, donc ça joue aussi, le fait d'avoir moins de procès, c'est sûr. Non, mais on n'est pas moins sujet à l'erreur médicale, on est moins sujet au procès. Et donc

410 forcément, comme on est moins sujet au procès, j'pense qu'on... on s'prémunit moins j'pense. Oui c'est possible.

Vous avez parlé du médecin de famille, comme quoi on était peut-être plus tolérant avec lui. Par rapport à quoi ?

415 Ben j'pense que si le médecin de famille passe à côté de quelque chose qui peut être grave, j'pense que les familles seront plus indulgentes avec le médecin de famille qu'avec les autres... ?

420 **Pour quelle(s) raison(s) ?**

Ben parce qu'ils le connaissent justement.

Mh.

425 Ça peut être l'inverse aussi. Ils peuvent être plus sévères. Mais j'pense que... grosso modo j'pense qu'ils sont plus indulgents.

D'accord.

430 C'est mon avis hein. Peut-être j'me trompe.

Mh. Et si jamais... Alors vous disiez tout à l'heure que... y a... que pour l'instant dans votre jeune pratique, vous avez pas forcément euh... une expérience de l'erreur médicale qui est très... très... on va dire très avancée, très étoffée, mais quels seraient pour vous les moyens efficaces pour lutter contre les conséquences justement de l'erreur médicale ?
435 **Pas...cette fois-ci pas de l'erreur médicale mais de ses conséquences. Les conséquences au niveau du patient, donc vous en parliez tout à l'heure, et les conséquences au niveau du médecin.**

440 Moi j'pense que les conséquences au niveau du médecin, il faut vraiment mettre dans la tête du médecin qu'il est pas infallible. Parce que y a certains médecins qui... qui... qui qui... en tout cas qui pensent être infallibles et pensent toujours avoir raison. Ça j'pense que c'est un truc qu'il faut vraiment faire travailler chez les médecins, comme quoi on peut s'tromper, on peut avoir tort, ouais on sait pas tout. J'pense ça c'est déjà c'est une première chose.

445 **Accepter l'incertitude.**

Accepter, accepter qu'on... voilà voilà... j'ai fait une connerie, ça arrive...

450 **Donc rien que ça, ça aiderait à surmonter, à affronter ces erreurs.**

Ben à accepter déjà. Si j'ai un procès, voilà j'ai fait une connerie ça arrive. Alors j'pense ça c'est... Faudrait déjà apprendre aux... aux étudiants dès le départ, qu'on n'est pas infallible. Euh... pour les patients... et pour les patients j'pense c'est la même chose. Faut faut... faut
455 apprendre à la population, que les médecins ne sont pas infallibles. On a tendance à penser que le médecin il connaît tout sur tout et que... et que... et qu'il a pas le droit de se tromper. Alors que non.

460 **Mais on leur expliquerait comment ? Ce serait... ce serait à qui de leur expliquer ça ? A nous ?**

Alors c'est... J'pense pas. J'pense c'est pas... c'est pas... au médecin de dire ça. J'pense c'est une éducation sociétale à faire.

465 **Vous pensez que ce serait bien reçu ?**

Ben par le... par les médecins non. [Rires] Mais...

470 **Et par les patients ?**

Par les patients oui, j'pense que si on leur dit ce serait bien reçu. Ouais. Il suffirait de leur expliquer les tenants et les aboutissants, et... sortir de ce... sortir de ce... de ce médecin paternaliste qui connaît tout, qui sait tout et... vraiment essayer d'leur dire...

475 **De déresponsabiliser un petit peu le médecin.**

... « Voilà, le médecin c'est un... c'est quelqu'un qui a... qui a des connaissances, qui a une science, qui est là pour vous aider, mais... mais il peut s'tromper, il peut il peut faire des bêtises comme tout le monde » et... j'pense ça, ça aiderait à... à... que les conséquences soient moins fortes. Parce que les gens attendent tellement du médecin, que quand il se trompe, c'est une catastrophe pour eux. Et pareil, le médecin il se croit tellement au-dessus de tout, que quand il se trompe pour lui c'est une catastrophe. Donc si... on baisserait un petit peu les égos de tout le monde, j'pense que ça permettrait de... de... d'aplatir tout ça, et de dire ben s'il s'est trompé « Ben voilà j'me suis trompé, voilà ça arrive », parce que dans les autres métiers quand le mec il fait une connerie, il fait une connerie, il... il... [inaudible : quelques mots] Après c'est vrai que nous on travaille avec l'être humain, donc c'est encore différent. Mais malgré tout ça reste un métier, quand les autres ils font une bêtise et que les conséquences elles sont pas trop graves, ça va y a pas mort d'homme.

480
485
Et nous... et nous, comment... Nous, en tant que médecins généralistes, comment on pourrait faire euh... pour euh on va dire transmettre cette notion d'incertitude à nos patients ?

Moi j'leur dis déjà. Moi j'leur dis souvent.

495
Vous leur dites quoi exactement ?

J'dis... quand j'ai un doute sur quelque chose j'dis « Je sais pas ». J'leur dis des fois « Ben essayez ça, j'suis pas sûr, on verra bien comment que ça marche ».

500
Mh.

Donc déjà j'leur dis. Après, moi j'le fais, mais j'pense qu'y a beaucoup de... c'est... c'est encore des idées reçues et des préjugés sur mes confrères, mais j'pense qu'y a beaucoup de médecins qui le font pas. Et puis quand... quand les médecins... quand les patients viennent nous dire « Ouais, docteur, j'suis malade... », j'leur dis pas « Vous avez tort, c'est moi qui ai raison », j'écoute ce qu'ils m'disent et j'essaie en tout cas de dire, d'leur dire... d'leur dire euh... sur même sur des traitements hein. J'suis jamais là à dire « Non, vous avez tort, c'est moi qui ai raison », quand ils ont pris telle ou telle chose, ou fait telle ou telle chose, ou... ou entrepris telle ou telle chose, j'suis pas à leur dire « Vous avez tort, c'est moi qui ai raison ». Je... j'ai donné mes conseils, et puis voilà, j'essaie de sortir de cette idée que moi je connais tout, ils connaissent rien. J'essaie en tout cas. Après j'y arrive, j'y arrive pas, je sais pas. Mais en tout cas j'essaie.

515
D'accord. Ouais c'est intéressant, et puis... Du coup ça nous amène à à à... la question... la dernière grande question que je voulais développer dans cet entretien. C'est qu'est-ce que vous pourriez proposer comme idée ou... comme moyen à mettre en place, à l'échelle d'une population globale de médecins généralistes, pour améliorer justement notre façon de faire face à ce risque d'erreur médicale...

520
Ben déjà...

... améliorer notre façon de gérer les conséquences de l'erreur médicale ?

525
Ben gé... gérer l'erreur médicale, ben déjà les formations ! Ce qu'on disait, donc de continuer à s'former. Ça je pense ça aide. Sortir de l'idée de de s'dire [inaudible : quelques mots]... sortir

de l'idée de s'dire « J'connais tout, je sais tout, je suis pas infailible ». Et... troisième point par rapport aux conséquences, euh... par rapport à... aux conséquences sur les... les patients, donc l'éducation... l'éducation sociétale. Pour les patients, j'vois que ça. J'vois pas d'autres... j'vois pas comment on pourrait... euh... limiter les conséquences auprès des patients mis à part l'éducation sociétale. Et pour les... les médecins, il y a deux... c'est la formation, et... et l'éducation aussi chez eux, d'sortir de ces idées paternalistes. J'pense la formation ça peut aider, continuer à s'former, à s'former, à s'former, à s'former...

535 Et en pratique, comment... Parce que là les formations ça existe déjà. Les formations elles existent déjà.

Ça commence à peine. Oui ça commence à peine. Mais les obliger à les faire.

540 Mais pas forcément... Y a plein de formations qui sont proposées déjà aux médecins généralistes, mais... comment... comment améliorer déjà ce qui est en place ?

Après voilà euh... après voilà, par rapport à l'erreur médicale, c'est-à-dire quand on fait une erreur, ben savoir rappeler le patient, tout ce qui est médiation, peut-être faire des formations spécialement sur ça. C'est-à-dire quand on a fait une erreur médicale, qu'est-ce que j'dois faire ? Est-ce que j'rappelle le patient ? J'le rappelle pas ? Est-ce que je m'adresse à l'ordre des médecins ? Peut-être la procédure... après l'erreur médicale, quelle doit... quelle doit être... ? Ce serait bien de faire... d'avoir un post-it ou une formation sur ça... c'est vrai que j'en ai jamais vu en plus.

550 Après encore une fois, les personnes qui vont se diriger vers ces formations, c'est des personnes qui... ont déjà un intérêt pour cette problématique là...

Ouais c'est vrai...

555 ... et du coup, si on veut viser vraiment une popu... une population globale de... de médecins généralistes...

Peut-être... peut-être l'ordre des... Ben à ce moment-là c'est... toujours la coercition, c'est-à-dire demander aux... aux général... aux médecins généralistes, d'avoir un... un certificat après erreur médicale, par... via l'ordre des médecins, euh... obliger tous les médecins à ce qu'ils aient ce certificat-là et ce serait un ou deux jours de formation obligatoire pour tous les médecins, pour gérer l'erreur médicale, peut-être à renouveler. A renouveler tous les... j'sais pas moi, tous les dix ans, une fois tous les dix ans, pour dire voilà en terme juridique qu'est-ce qu'on peut faire, qu'est-ce qu'on peut faire, si on l'a fait, qu'est-ce qu'on doit faire derrière, est-ce qu'on appelle un avocat, est-ce qu'on s'adresse à l'ordre, est-ce qu'on doit faire une médiation... Voilà quelle est la procédure... mettre en place une procédure, que tout médecin connaîtrait. Et comme vous avez dit, pour les obliger à la faire, ben voilà mettre... pour pouvoir travailler, un certificat-là qui demanderait une journée, ou deux jours de formation. C'est vraiment du concret concret quoi. [Rires]

570 Ah non mais c'est intéressant, parce que c'est vrai que les formations, comme on disait tout à l'heure...

575 Oui sur le volontariat, les gens ils ne vont pas y aller.

Y en a plein des formations.

580 Moi j'pense il faut passer par l'ordre, genre mettre en place un certificat pour pouvoir exercer, euh à renouveler tous les dix ans, ou bien tous les cinq ans, ou un truc comme ça. Euh... et...

Être un peu plus strict sur le contrôle des... des formations quoi.

585 Et obliger les gens à faire cette formation-là sur l'erreur médicale. Mais après... après, y en a ils vont t'dire, mais si on fait ça sur l'erreur médicale, il faudrait faire aussi des formations sur d'autres choses quoi. Euh... obliger les médecins à s'former sur d'autres choses, ce qui est pas forcément... mon idée, mais... la coercition en général ça amène pas vraiment grand-chose... mais... je sais pas. Ou à la fac, peut-être, je sais pas. Peut-être passer par la fac. Peut-être dans le cursus. Peut-être dans le cursus...

590

Qu'est-ce qu'on pourrait faire à la fac ?

595 Ben... ce qu'on... ce que j'veous ai dit qu'on pouvait faire via l'ordre des médecins, on peut faire un module... en tout cas pour le DES de médecine générale, faire dedans, un module, et là on serait sûr que tous les étudiants de DES de médecine générale, ils ont un protocole où dedans ils savent comment gérer une erreur médicale s'ils la font.

Bon ça existe déjà de... Y a... y a... Dans certaines facultés, les... départements de médecine générale, euh... organisent des séminaires sur l'erreur médicale.

600

Moi je... parce que dans ma fac y avait rien.

Après ouais c'est pas généralisé.

605 Je sais pas. En tout cas moi j'l'ai pas fait celui-là. Parce que nous on était... on n'était pas obligé de tous les faire, mais celui de l'erreur, il m'semble pas... il m'semble pas en avoir vu un.

C'est pas... ça reste des séminaires qui sont... euh... ouverts sur une démarche de volontariat et puis... tout le monde n'y accède pas et... Donc voilà, j'sais pas si vous avez encore des questions ?

610

On pourra continuer après ?

On peut continuer plus tard.

615

[Entretien interrompu pour une consultation]

[Fin de la transcription]

Entretien 9**Profil du participant :**

Code participant	9
Sexe	Femme
Age (ans)	32
Durée d'exercice (ans)	3
Zone d'activité	Urbaine
Mode d'installation	Association
Maître de stage	Non
Spécificité de l'activité	/

Contexte de l'entretien :

Lieu de l'entretien	Cabinet Médical
Durée de l'entretien (mn)	23

Transcription de l'entretien :

Gras : Intervieweur

Normal : Interviewé

[...] : Paratexte

[Début de la transcription]

Pour commencer je vais vous demander déjà pour vous l'erreur médicale qu'est-ce que ça évoque ? A quoi ça vous fait penser ?

5

Euh... l'erreur c'est... déjà quelque chose où on est... en faute, c'est-à-dire que... c'est pas... Je sais pas, est-ce que... pour vous erreur est-ce que ça englobe... euh une erreur volontaire par manque d'information ou de formation, ou... quelque chose qu'on n'a pas su détecter à temps ? Pour moi, tout ça, ça englobe euh... ça englobe l'erreur médicale quoi. C'est notre rôle en tant que médecin généraliste, c'est quand même de détecter parmi tout ce qui est bénin, banal, euh... euh... les choses qui peuvent être graves, des cancers, et... parmi les erreurs, je pense que... c'est passer à côté de ce genre de diagnostics.

10

Donc une erreur de diagnostic en l'occurrence.

15

Une erreur de... Oui ! Voilà ! Ou... ouais. Une erreur de diagnostic, ou alors une erreur de... Le plus fréquent c'est les erreurs de prescription sur les ordonnances. Que ce soit... les... les outils informatiques tel que le Vidal sur... sont intéressants mais souvent on refait un peu les... les... les ordonnances de manière automatique, et parfois on vérifie pas, parce qu'on manque de temps, ou... Et du coup la pharmacie nous rappelle, on a fait une erreur, donc voilà, c'est des choses qui arrivent, on reste des êtres humains, mais... ça fait partie des erreurs assez... assez fréquentes.

20

D'accord. Et... est-ce que vous y pensez dans votre pratique à ce risque d'erreur médicale ?

25

Ah ben oui. Tout le temps !

Tout le temps ?

30 Mh.

C'est-à-dire à chaque patient ?

Mh.

35

D'accord. Et vous... vous l'appréhendez par rapport à quoi ? L'erreur médicale.

C'est-à-dire ? Précisez votre question.

40 **Quelle(s) conséquence(s) de l'erreur médicale vous... vous redoutez ?**

Ben... de... La plus grosse ce serait que le patient prenne un mauvais médicament... ou qu'il y ait des effets secondaires importants et que... il se retrouve à l'hôpital. Hein. Pas forcément un décès, mais en tout cas que ça provoque une pathologie qui le ramène à l'hôpital, ou alors, de passer à côté d'un diagnostic qui peut entraîner la mort rapidement si on le détecte pas à temps quoi.

45

D'accord.

50 Alors que ça aurait pu être pris en charge et soigné... alors qu'y a un remède quoi !

D'accord. Donc là, vous avez une préoccupation par rapport au patient ?

Ouais.

55

D'accord. Est-ce que vous avez d'autres préoccupations pa... particulières... dans votre souci de prévenir...

Ben t'as toujours peur que ça se retourne contre toi. Qu'il y a un procès, que quelque chose...

60

Donc ça aussi vous y pensez.

Ouais.

65 **Et... comment vous différencieriez la faute de l'erreur médicale ?**

Ben... l'e... l'erreur ça peut être quelque chose d'involontaire, enfin... alors que la faute c'est plus... c'est... c'est... on est... c'est peut-être plutôt en rapport à des connaissances, des choses qu'on est sensé savoir et qu'on est sensé savoir mettre en pratique. Euh... il y a une part de responsabilité je pense dans la faute, alors que dans l'erreur ça peut être... quelque chose de... d'humain, ou... Voilà, comme dit, un erreur une erreur dans l'ordonnance, c'est des choses qui peuvent arriver... Pour moi l'erreur, c'est peut-être moins... grave que... que la faute. Après j'sais pas trop comment... les définir plus...

70

75 **C'est parfaitement clair ! [Rires]**

D'accord. [Rires]

Pour l'instant vous vous en sortez très bien. [En riant]

80 Ok.

Et... et du coup, c'est quelque chose que vous redoutez, comme...

Ouais.

85

... comme la plupart des médecins. [Rires]

Après on n'est pas trop exposé en tant que médecins généralistes. Enfin...

90 **Vous pensez ?**

En tout cas pas autant que certaines spécialités chirurgicales ou... gynécologiques, ou...

Vous pensez qu'on fait moins d'erreurs ?

95

Pas qu'on fait moins d'erreurs, mais que les gens... euh... peut-être nous font moins de procès, ou vont moins en justice avec le médecin généraliste qu'avec euh... Peut-être parce que les préjugés sont moins visibles, ou... je sais pas. On est peut-être moins à risque qu'une profession chirurgicale.

100

Et pour quelle raison ? C'est intéressant.

Ben... un chirurgien qui va couper un nerf, ou qui va ... où le patient se retrouve paralysé, ben y a un préjudice...

105

Plus important.

Plus important et évident. Euh...

110 **Ouais mais... un médecin généraliste qui passe à côté d'un... diagnostic de cancer...**

Tout à fait. Mais ça le patient le percevra peut-être pas. Nous on va le savoir, mais le patient va peut-être pas se rendre compte que... le médecin est passé à côté d'un diagnostic...

115 **Peut-être. C'est vrai qu'on a cette impression là que... d'être... un peu plus protégé en tant que médecin généraliste que certains spécialistes. Pour quelles raisons... ? Ça... ? c'est vrai que c'est pas évident.**

120 J pense que les patients ont aussi très facilement confiance en leur médecin généraliste, alors qu'un chirurgien... euh... il y en a certains je pense qu'ils inspirent moins confiance, ils prennent moins le temps d'expliquer, donc les gens se sentent pas forcément... écoutés, et du coup, ils auront peut-être plus de... de... d'à priori et de... de jugements par rapport à ce qui peut être fait. Y a aussi cette dimension-là je pense... enfin je..., qui entre en compte.

125 **Du coup cette relation de confiance...**

Cette relation de confiance qu'on établit...

... entre le médecin et son patient.

130 ... voilà du coup quand... si y a une erreur, je pense que le patient sera peut-être plus à même de le pardonner ou de le comprendre...

Ça prévient un peu les conséquences de l'erreur...

135 ... voilà, que le chirurgien. C'est vrai qu'on a... on a ce stéréotype du chirurgien qui voit les patients cinq minutes et ça défile. Y en a quand même beaucoup. Et du coup les patients se sentent moins en conf... enfin pas moins en confiance, mais disons y a pas ce lien. Ce lien qui se... bon en tout cas... qui se crée et du coup... les gens... c'est peut-être aussi pour ça qu'ils acceptent moins qu'il y ait des erreurs ou qu'il y ait des... des... des problèmes pendant une
140 intervention parce que ça peut arriver aussi. C'est juste que les conséquences sont plus... peuvent être plus dramatiques.

Mh. D'accord. Et... dans votre pratique, vous... vous usez de quel(s) moyen(s) pour vous prémunir face à ce risque d'erreur ? Vous arrivez à en identifier quelques-uns, ou euh... ?

145 Alors... Bon... par rapport par exemple... aux... aux soucis d'ordonnance, à la prescription des bons antibiotiques, au développement des nourrissons, on a quand même pas mal d'outils sur internet qui nous permettent maintenant quand on a un doute de vérifier euh... pour être sûr de pas passer à côté de quelque chose, ou pour être sûr de prescrire le bon traitement... Voilà,
150 y a des outils qui sont créés et que j'utilise assez volontiers quand... quand je me pose une question, justement pour éviter euh... de prescrire un mauvais antibiotique, ou de vérifier simplement est-ce que... c'est compatible avec... l'insuffisance rénale, voilà, ce genre de choses on vérifie assez facilement dans le Vidal... Après... vérifier systématiquement les ordonnances avec les posologies, le nombre de comprimés, c'est des petites erreurs bêtes,
155 mais... on a souvent quand même des fois des retours... des pharmaciens...

Vérifier... c'est-à-dire comment ?

160 Ben relire systématiquement l'ordonnance. Ce qu'on fait pas forcément à chaque fois quand c'est des renouvellements...

Mh.

165 Voilà. Euh... Hum... Qu'est-ce que...

Donc là c'est par rapport à... à la prescription.

A la prescription. Avec des erreurs de prescription.

170 **Vous parliez... vous parliez beaucoup... Vous avez parlé des erreurs de diagnostic. Par rapport à ça, vous pensez qu'on a des... on a des moyens de... de se prémunir, de s'armer face à ce risque-là ?**

175 Euh... Hum. Je pense qu'il faut tenir compte de l'inquiétude des patients et des proches. C'est quelque chose que je... que j'appréhende au fur et à mesure de ma pratique, c'est-à-dire que... euh... quand les proches sont inquiets, sont très inquiets, euh... il faut en tenir compte. Même si... cliniquement y a pas forcément grand-chose ou... rien d'évident qui ressort, euh... j'pense

180 que c'est... il faut en tenir compte et il faut avoir la... pas forcément la prise de sang facile, mais c'est quand même un moyen de dépistage... voilà une CRP élevée qui pourrait être en rapport avec un cancer, voilà. Des choses simples, mais... effectivement, qui permettent quand même de débrouiller un peu le terrain... une prise de sang, euh... c'est quand même assez pratique, sans forcément doser des choses faramineuses, mais... ça permet déjà de... euh... ouais de débrouiller un peu le terrain... quand on sait pas trop... vers quoi se tourner.

185 **D'accord, ouais.**

L'intuition, enfin je... je... Voilà. Des fois on sent... une situation... on n'a rien d'évident mais on sent que... y a quelque chose qui... qui cloche.

190 **Donc se laisser guider par ses intuitions.**

Pas que ! Mais... il faut savoir en...

Et surtout être à l'écoute, et puis... ne pas...

195

Ne pas se fermer à ce qu'on a appris en théorie...

Voilà. Et savoir faire les examens...

200 Ouais.

... complémentaires quand on en a besoin.

205 Quand on en a besoin. Ce qu'on nous retire beaucoup à l'hôpital, vous savez au niveau information, quand même on nous dit « Pas d'exams complémentaires, ça coûte cher, nanani nanana... » [en prenant un ton directif], enfin... Je sais pas, vous, comment vous êtes sorti de vos études, mais... moi c'était quand même le truc euh...

Ouais, on nous apprend à faire le minimum effectivement.

210

On nous apprend à faire le strict minimum. Et... du coup on n'ose pas trop, lors d'une première consult, prescrire une échographie ou une radio alors que c'est quand même des trucs... ben tout bête que les gens ont rapidement, et qui permettent... de de faire la part des choses. Mais ça voilà... après ça... ça... Tout en restant raisonnable mais... au début, on est un peu dans cette... dans cette retenue alors que ça se justifie pas forcément. On s'égare un peu du sujet... ?

215

Non, non. On est pile dans le sujet.

220 Ok.

On est pile dans le sujet, c'est... c'est très bien. Ok donc ça c'est... c'est... je suis sûr que vous utilisez d'autre(s) chose(s)... ?

225 Qu'est-ce que vous attendez de moi ? Euh... [hésitation] Pour éviter l'erreur ?

Pour éviter l'erreur ?

Alors comme ça c'est le Vidal et...

230 **Donc vous avez toutes les aides à la prescription.**

Voilà.

Alors c'est... c'est... beaucoup les aides informatiques, c'est relire votre ordonnance...

235

Y a des... y a des... Ouais, y a des bouquins avec des guides de thérapeutiques où on peut vérifier...

D'accord.

240

... aussi... les bonnes prescriptions, les bonnes conduites à tenir. Euh...

Et puis vous avez les examens complémentaires dont vous m'avez parlé.

245

Mh.

D'accord. C'est déjà pas mal.

Vous me direz après ce que... [rires]

250

Non mais... vous a... vous avez... Pour l'instant vous m'avez déjà donné une réponse que... que les autres n'ont pas forcément donné. Donc... y a encore des nouvelles... y a encore des réponses...

255

Des nouvelles choses. D'accord.

... inédites. Donc c'est intéressant. Et... par rapport aux... par rapport aux complications de l'erreur ?

260

Ah j'appelle mes collègues aussi !

Ah. Ben voilà.

Ah ben oui.

265

Quels collègues ?

Ah ben les collègues du cabinet.

270

Seulement ceux du cabinet ?

Ou les confrères... Ouais c'est plus rare, les confrères. Mais... souvent quand on a une question, on s'appelle euh...

275

Vous vous aidez entre vous ?

On s'aide entre nous. Ouais. Ouais. Tout à fait. On appelle aussi les spécialistes, mais euh...

Vous pensez que le fait d'être installé en association, ça préserve un petit peu de... de... du risque d'erreur ou pas ?

280

En tout cas on se rassure !

Ça rassure.

285

Ça rassure et... et quand on a une interrogation, on sait qu'il y a quelqu'un, on peut poser les questions et...

On est moins seul.

290

Ouais. Ouais.

D'accord. Ça effectivement c'est une réponse qui est souvent...

Mh. [Rires]

295

... [rires] donnée.

Et quelle était l'autre question du coup ?

300

Oui, alors l'autre question, c'est aussi... ça m'intéresse aussi. C'est... qu'est-ce que vous feriez vous, dans votre pratique, ou qu'est-ce que vous avez peut-être déjà fait, euh... pour limiter les conséquences de l'erreur médicale ? Alors tout à l'heure vous m'avez... vous avez évo... par rapport à ça tout à l'heure vous avez évoqué un point qui est assez important, euh... c'est la... la relation de confiance entre le médecin et... et son patient.

305

Mais est-ce que vous pensez qu'il y a d'autres choses qu'on pourrait faire ? Pour que... une fois que l'erreur a été... a été faite... pour que les conséquences, aussi bien sur le patient, que sur nous-même...

Mh.

310

... soient...

Ben expliquer.

315

... soient moindres.

Expliquer qu'est-ce qui a fait que y a eu une erreur. Euh... j'ai le cas d'une patiente... qui vient euh... de manière régulière pour des douleurs abdominales. Qui... on sait pas trop d'où ça vient et... Donc je l'éc... enfin voilà quoi j'essaie d'être à l'écoute, j'essaie de faire du mieux que je peux, et... un jour il se trouve que j'avais deux dossiers ouverts et, malencontreusement, je lui ai fait les ordonnances dans le dossier de l'autre dame. Donc elle est revenue, elle était fâchée, voilà c'est des erreurs... bêtes, mais...

320

Donc elle est partie avec une ordonnance pas à son nom.

325

Voilà. Une ordonnance et un courrier de spécialiste pas à son nom.

Vous savez que ça m'est déjà arrivé ?

330 Donc elle est revenue, elle était fâchée, j'ai dit « Écoutez... », elle me dit « Ouais, vous m'écoutez pas... vous faites autre chose en même temps », je dis « Non ! J'avais un autre dossier d'ouvert et puis, voilà par réflexe, enfin j'ai pas vérifié dans quel dossier j'ai fait l'ordonnance », mais j'ai dit... Et à la pharmacie, ils se sont pas rendus compte non plus quoi, que c'était pas son nom à elle. Parce qu'ils la connaissaient, elle venait régulièrement, donc ils
335 ont pas vérifié le nom de l'ordonnance. Ils s'en sont pas rendu compte non plus. C'est elle après quand elle est repartie, qu'elle a ouvert la lettre du spécialiste, elle s'est rendu compte que c'était pas son nom. Et... j'ai dit « Écoutez... euh... enfin, on est des êtres humains, c'est des choses qui peuvent arriver, c'est pas pour ça que je vous écoute pas », enfin elle était vraiment très fâchée. Euh voilà, y a un moment donné où j'ai quand même dû lui dire « Écoutez... si ça va
340 pas, ben vous changez de médecin quoi, enfin... je... », j'savais plus quoi lui dire, elle était vraiment... dans... dans l'accusation ! Bon, j'ai dit... bon. Voilà ! Y a pas eu vraiment de conséquences. C'est pas grave. J'veux dire, les médicaments vous avez eu les bons... Voilà. Mais donc, essayez d'expliquer et de... de comprendre pourquoi la patiente était fâchée. La patiente était fâchée parce qu'elle avait l'impression que je l'écoutais pas et que je faisais autre
345 chose en même temps. Et... parce que je regardais le dossier de l'autre dame. Alors que c'était pas le cas. Donc on s'est... on s'est expliquées et donc effectivement ! Comment on peut limiter les conséquences ? Et ben c'est en analysant ce qui s'est passé, pourquoi j'ai fait cette erreur, expliquer au patient qu'est-ce qui s'est passé, pour que lui comprenne et... et pour essayer de pas refaire... la même... la fois d'après. Avec quelqu'un d'autre ou...

350 **D'accord. Et cette analyse, cette explication, de l'erreur, elle est bénéfique pour le patient ? Pour nous même ? Pour les...**

Pour les deux.

355 **Pour les deux.**

Ah oui. Pour les deux. Ben le patient, on s'est trompé, il a bien le droit de savoir qu'est-ce qui s'est passé. Hein. Euh... J'ai un autre exemple, une dame qui avait un épanchement pleural, euh... euh je lui... Voilà, en cours de bilan, euh... je lui... je l'ai réexaminée une fois, et moi
360 je l'ai pas entendu, l'épanchement pleural. Quand je l'ai auscultée. Je lui ai dit « Écoutez, moi je n'entends rien ». En fait il s'avère qu'il était encore là, mais elle a compris qu'elle n'avait plus d'épanchement pleural. Qu'il était parti. Donc pareil, elle est revenue, elle était fâchée, je lui ai dit « Mais écoutez... », voilà donc j'ai réexpliqué ma parole, ce que ça impliquait, et...

365 **Les patients souvent ils s'attendent à ce qu'on soit... parfait.**

Mh.

370 **C'est vrai que... c'est difficile... de leur envoyer... un message contraire. Vous pensez que... que le médecin il perd en crédibilité quand il renvoie l'image de quelqu'un qui...**

Non, j'pense pas.

375 **... peut avoir des failles, ou des... ?**

En tout cas j'espère pas. J'pense pas parce qu'on est...

Mh.

380 On... on est faillible comme tout le monde. Après, l'important c'est d'pas faire d'erreur...
qui... qui provoquent des conséquences trop invalidantes sur les patients. Mais je veux dire on
reste... on reste des êtres humains avec une possibilité d'erreur malheureusement. On n'est pas
infaillible. C'est comme avec les enfants. Hein. C'est rassurant aussi d'savoir que le médecin
385 Enfin je pense que si... avec la parole on peut dénouer beaucoup de... beaucoup de situations.
En tout cas c'est comme ça que je le... qu'on essaie de le gérer au quotidien quoi.

Très bien.

390 [Rires]

[Rires] **Et... Quels moyens vous... vous... vous verriez comme efficace contre l'erreur...
contre le risque d'erreur médicale en médecine générale mais qui ne... qui n'est pas
encore généralisé, qui n'existe pas encore ?**

395

Peut-être euh... Un moyen de communication plus facile avec les spécialistes. Tel qu'il soit.

Pour adresser ? Ou pour les retours ?

400 Non. Pour... pour discuter, pour parler de cas..., pour...

Pour demander des avis.

405 Ouais. Des choses qu'on pourrait gérer mais où on n'est pas forcément sûr de ce qu'on peut
faire et... Ouais, pouvoir appeler plus facilement les spécialistes, leur poser des questions...
C'est parfois com... Ça dépend des gens, c'est parfois compliqué. Mais mettre peut-être
quelque chose en place de plus...

Vous rencontrez des difficultés par rapport à ça ?

410

Ben oui parce que c'est filtré par les secrétaires, ou ils sont pas forcément joignables ou...
Ouais.

Mh. Même à l'hôpital ?

415

Surtout à l'hôpital.

Surtout à l'hôpital. C'est vrai que ça revient souvent ce... ce point-là.

420 Ou alors, on arrive à les avoir au téléphone, mais on se fait engueuler quoi.

Carrément ?

425 Ah oui oui oui. Ça m'est arrivé encore hier...

Même en vous présentant comme une consœur...

Ouais, ouais ouais ! Où ils entendent pas du tout la demande en fait. Ils entendent pas... ce qu'on essaie de leur expliquer, euh... ou on le formule peut-être pas bien, je sais pas, mais...
430 C'est très... Voilà. Bon. Donc on se débrouille.

C'est qu'ils comprennent pas que vous ne sachiez pas certaines choses qui sont évidentes pour eux...

435 Oui voilà. Ou...

[Rires] Enfin, j'sais pas.

Après, j'ai pas d'idée plus... plus lumineuse que ça.
440

Donc ça ce serait plus une aide au diagnostic.

Une aide... Et à la prise en charge !

445 **Et à la prise en charge en général.**

Ouais ! Et d'adaptation de traitement, parfois... chez l'insuffisant cardiaque ou... des choses un peu... hein un peu pointues... voilà. C'est... c'est parfois intéressant d'avoir le cardiologue directement au bout du fil. Pas forcément lui envoyer dans une semaine...
450

D'accord.

Ouais.

455 **Et comme aide à la... gestion de l'erreur médicale. Qu'est-ce que vous verriez ? Par gestion de l'erreur médicale, j'entends... ben ce qu'on évoquait tout à l'heure, une fois que l'erreur est commise, comment la gérer... comment... rebondir ?**

Ben peut-être que ça... que ça soit inclus dans notre formation... dans nos études.
460

Dans la formation à la fac ?

Ouais.

465 **Comment... comment on pourrait l'inclure, éventuellement ?**

Ben par... des mises en situations. Par... des TP comme on a fait... ouais avec des jeux de rôles... comme on fait un peu pendant l'internat mais, pas forcément sur l'erreur et sur l'incertitude.
470

Mh. D'accord.

Ou... Ouais. Ça pourrait s'appliquer dans pleins de cas en plus. Patient dépressif, du soutien psychologique... qu'est-ce que tu peux dire, pas dire... On nous apprend pas, tout ça.
475

Ouais, c'est vrai qu'on nous apprend un peu les trucs...

On nous apprend à faire un diagnostic !

480 **... comme dans les bouquins.**

Mais on t'apprend pas quoi répondre aux gens... quand ils te disent « Je vais pas bien... », euh... ou... Bon, voilà. Bref. Mais...

485 **Après ça c'est un apprentissage très... stage dépendant. Parce que finalement c'est ce qu'on apprend dans les stages, en pratique.**

Ouais. Tout à fait !

490 **Mais selon les stages où on tombe, c'est pas forcément... fait.**

Tu t'identifies pas forcément au médecin, ou... Ouais.

D'accord. Bon, j'sais pas si vous avez autre chose à rajouter ?

495

Non. J'ai pas d'autres... idées.

Très... très intéressant. Ben je vous remercie pour votre contribution.

500 Mais je vous en prie.

[Fin de la transcription]

Entretien 10**Profil du participant :**

Code participant	10
Sexe	Homme
Age (ans)	73
Durée d'exercice (ans)	46
Zone d'activité	Urbaine
Mode d'installation	Individuel
Maître de stage	Non
Spécificité de l'activité	/

Contexte de l'entretien :

Lieu de l'entretien	Cabinet Médical
Durée de l'entretien (mn)	33

Transcription de l'entretien :

Gras : Intervieweur

Normal : Interviewé

[...] : Paratexte

[Début de la transcription]

Donc j'ai eu, comme la moyenne des confrères de... sur la France, deux procès hein, disons. Pour... soi-disant des erreurs médicales, quoi disons si vous voyez ce que j'veux dire. Je vous résume en deux mots, si ça vous intéresse ?

Ah oui si vous pensez que ça peut enrichir la... discussion, à ce moment-là moi j'suis preneur.

10 Ça peut enrichir hein, disons. Voilà. C'est une jeune femme de quarante-cinq ans quoi disons, qui a... qui avait donc un hématome au niveau du sein, suite à un coup de pied de cheval, quoi disons. Elle fait de l'équitation quoi disons. J'ai fait faire une mammo, après l'hématome quoi disons, une échographie. Le radiologue me répond « hématome », quoi disons, hein. On refait une échographie de contrôle deux mois après. J'ai laissé faire, écho de contrôle, toujours

15 persistance de... de cet hématome. On va faire une IRM pour être tranquille. L'IRM montrait un hématome, tout simplement quoi disons hein. Et... nouvelle écho après, quoi disons, là c'est un peu sur un an, vous voyez ce que j'veux dire, disons. Image suspecte au niveau du sein, ponction biopsie hein... prévue, à laquelle l'intéressée ne s'est pas rendue, parce qu'entre

20 temps, elle a fait une luxation de l'épaule avec immobilisation, et le sein était juste là hein [en montrant du doigt l'emplacement du sein qui empêchait la réalisation de l'examen]. Donc elle n'a pas décommandé son rendez-vous, elle n'y est pas allée, hein. Et... deux mois après, elle vient me voir... cancer du sein quoi disons, hein. Elle m'a attaqué pour diagnostic tardif d'un cancer du sein. Vous voyez ce que je veux dire hein.

25 **Ouais j'vois.**

30 J'ai été convoqué à Villejuif à Paris, quoi disons, avec les radiologues bien sûr. Y avait deux radiologues qui étaient incriminés dedans. Moi, en tant que généraliste, j'étais le premier inculpé si on veut, vous voyez ce que je veux dire hein. J'ai été entièrement blanchi, hein, disons, par les experts de Villejuif. Disons que...

Ce qui est compréhensible hein...

35 Oui oui. Vous voyez ce que j'veux dire, il y avait quand même...

Après ça fait quand même du stress...

40 Ça fait un stress de un an, quoi disons, parce que ça fait un déplacement à Villejuif, vous voyez ce que je veux dire. Un interrogatoire complet, il fallait étudier tout le dossier, quoi disons.

Mh.

45 Et en plus, entre parenthèses, la... la fille en question avait quarante-cinq ans donc échappait au... au dépistage systématique par l'Adema, qui ne commence qu'à cinquante ans.

Mh.

Après c'est une... qu'ils ont interprété comme une erreur médicale.

50 **Ouais c'est un... erreur par diagnostic tardif.**

Voilà, d'un cancer du sein. Vous voyez ce que j'veux dire hein. Elle pensait obtenir un bénéfice financier, quoi disons, qu'elle n'a pas eu, vous voyez ce que j'veux dire.

55 **Mh.**

60 Donc ça c'était un cas quoi disons. Le deuxième cas, c'était une jeune femme aussi, quoi disons. Euh cholécystectomie pour lithiase. Elle a fait une petite réaction pancréatique après, comme ça arrive parfois parce qu'on n'a pas vérifié le... le cholédoque quoi disons. Il y avait sans doute un petit calcul qui restait dedans, quoi disons hein. Elle rentre chez elle. Un jour après, mort subite dans sa baignoire quoi disons. L'expert a dit que c'était une pancréatite quoi aiguë. Sans douleur. Une pancréatite n'est pas à l'origine d'une mort subite, hein. Y a une autopsie qui a été pratiquée, euh qui n'a pas montré de dissémination pancréatique dans le ventre quoi disons. Juste un petit foyer de pancréatite, ce qui est normal après une cholécystectomie hein disons.

65 **Mh.**

70 Et en fait elle avait une malformation cardiaque au niveau de l'oreillette qui peut donner des morts subites quoi disons. Hein.

D'accord.

75 Hein. On m'a aussi attaqué... Là on m'a attaqué au pénal quoi disons, vous voyez ce que j'veux dire, hein disons. Et bon, j'ai été blanchi complètement, quoi disons, par l'autopsie, alors que j'avais fait un bilan cardiologique avant l'opération, qui n'avait rien montré de spécial. C'est une malformation congénitale qu'elle avait, qu'on ne pouvait pas détecter hein disons.

C'est bizarre... Moi je trouve ça bizarre du coup que ce... que c'est vous qu'on attaque alors qu'il y a un anesthésiste, un chirurgien...

80 Ben voilà, disons. Mais on m'a attaqué moi parce que l'expert avait dit que... j'avais loupé une pancréatite hein disons aiguë hein. Ce qui est pas possible. Quand t'as une pancréatite aiguë, ça donne des douleurs, ça donne jamais de mort subite, vous voyez ce que j'veux dire hein.

Oui oui, la douleur elle est quand même...

85 Alors, elle avait des petites douleurs après l'opération, des petites douleurs hein, vous voyez ce que je veux dire, et son mari l'a retrouvée morte dans la baignoire vous voyez [petit sifflement], terminé. Sans... sans symptôme douloureux, ou quoique ce soit. Une mort s... une mort subite quoi disons. Qui peut être que d'origine cardiaque quoi disons. Hein. L'expert m'a attaqué pour
90 une pancréatite, donc ça a été... on a été convoqué à Nancy, avec un expert etc. et bon j'ai été blanchit complètement. Ça c'est les deux histoires qui me sont arrivées dans ma carrière, quoi disons, vous voyez ce que je veux dire.

Mh.

95 Où j'étais hors de cause quoi disons. Et ben ça, ça m'a fait réfléchir tout ça quoi disons, vous voyez ce que j'veux dire, disons. Maintenant...

Et ben justement, le fruit de votre réflexion m'intéresse beaucoup. [Rires]

100 Ah ben voilà. Ben maintenant, j'ouvre le parapluie systématiquement, vous voyez ce que je veux dire, disons hein. Je ne prends plus aucun risque. Disons hein. Soit je fais appel à des spécialistes quoi disons, soit je fais tous les examens complémentaires possibles et imaginables hein, pour... comme dit ouvrir le parapluie, vous voyez ce que j'veux dire.

105 **D'accord. Alors je vais déjà... savoir, comment vous définiriez... l'erreur médicale, pour vous qu'est-ce que ça représente ?**

110 L'erreur médicale, je pense que c'est une... une prescription inadaptée à mon avis, hein disons, qui peut se solder par une complication quoi disons. C'est surtout au niveau de la prescription, et du diagnostic aussi, vous voyez ce que je veux dire.

D'accord.

115 Les deux hein, disons. Mais surtout la prescription hein.

Ok.

Mh.

120 **Et à quel(s) moment(s) vous y pensez dans votre pratique, à ce risque d'erreur ?**

Toujours, toujours. Tous les matins. Depuis quarante-six ans, euh je suis... installé, et c'est comme si je montais en scène tous les jours. Vous voyez ce que je veux dire.

125 **D'accord. Donc c'est toujours là dans votre esprit ?**

C'est toujours le stress. Je viens avec la boule au ventre le matin, quoi toujours. Depuis toujours ! Vous voyez ce que j'veux dire.

130 **C'est pas évident.**

C'est pas évident, non. C'est pas évident. Parce que... c'est... un métier stressant... la médecine générale.

135 **Mais je pense que vous avez des moyens pour gérer ce stress et pour gérer tout ça ?**

J'ai des moyens, quoi disons, vous voyez ce que je veux dire. Disons hein. Respiration etc. quoi disons... De temps en temps, je m'aère un peu hein disons.

140 **D'accord.**

Et alors, je me mets à l'abris là, parce que j'ai pas pris de nouveaux clients depuis dix ans, vous voyez ce que je veux dire. De nouveaux patients hein. Donc j'ai une clientèle fidèle quoi disons, vous voyez ce que je veux dire hein, où il suffit de... de continuer les prescriptions en cours quoi disons.

145

D'accord.

Vous voyez ce que je veux dire.

150

Et...

Mais... attention quand même, je crois que... que le grand danger chez nous, c'est une épidémie de grippe hein. C'est de repérer celui qui n'a pas la grippe, vous voyez ce que je veux dire.

155

C'est ça ouais. Ça vous êtes pas le premier à vous méfier de ça.

Et quand vous avez trente personnes pour la matinée hein... une grippe et une grippe et vous voyez ce que je veux dire disons.

160

Mh.

Hein. Et alors j'ai eu deux anecdotes aussi, quoi disons, mais là c'est le pharmacien qui était en cause, quoi disons hein. J'avais prescrit à quelqu'un, je donne l'exemple hein, trois quarts de Préviscan par jour, quoi disons. Et le pharmacien lui a dit « Vous en prenez trois à quatre par jour ».

165

D'accord. [Sourire]

170 Ok bon. Ça c'est bien terminé quoi disons, vous voyez ce que je veux dire. [Rires]

Heureusement.

Mais pour vous dire hein disons hein. Alors j'fais très attention à l'écriture quoi disons aussi. Moi... j'suis pas informatisé quoi disons hein, j'suis de la vieille génération hein.

175

Mh.

180 [Inaudible : une à deux phrases] J'crois que... c'est un métier où il faut rester toujours éveillé à mon avis hein. Toujours hein.

Ah oui d'toute façon...

185 Savoir écouter les gens, vous voyez ce que j'veux dire, disons, et faire attention au moindre symptôme quoi.

Et... comment vous... comment vous feriez la différence entre l'erreur et la faute ?

190 L'erreur ça peut arriver à tout le monde. Et la faute est plutôt... c'est plus grave. C'est intentionnel plutôt hein.

C'est intentionnel ?

195 Ouais. Alors que l'erreur... on n'est jamais à l'abris d'une erreur quoi disons. A mon avis. Surtout pas en médecine, quoi disons, vous voyez ce que je veux dire.

Ok. Et à travers ce risque d'erreur, qu'est-ce que vous redoutez ?

200 Redouter... c'est-à-dire une mauvaise prescription, une prescription inadaptée, un truc comme ça, vous voyez ce que je veux dire hein.

Ouais, mais dans cette mauvaise prescription, qu'est-ce qui vous... inquiète finalement ? De quoi vous avez peur ?

205 Le risque de complication quoi disons...

Pour le patient ?

210 Pour le patient, quoi disons. Ben là on a si vous voulez, un deuxième niveau, c'est le pharmacien, qui vérifie le... les prescriptions hein.

Donc ça vous pensez que c'est un moyen qui... c'est un garde-fou ?

215 C'est un garde-fou oui. Il vérifie systématiquement les ordonnances, et il me téléphone quoi disons.

220 **D'accord. Et du coup, hormis le... le pharmacien, hormis le fait de finalement, comme vous l'avez évoqué tout à l'heure, de bien connaître ses patients, de bien discuter avec ses patients, qu'est-ce que vous f... qu'est-ce que vous mettez en pratique, pour... vous prémunir face à ce risque d'erreur médicale ?**

C'est uniquement la... la réflexion tout simplement. C'est tout. J'ai pas de moyens de... je ne suis pas un médecin ordinateur, vous voyez ce que je veux dire.

225 **Vous parliez tout à l'heure par exemple... vous dites maintenant que vous sortez le parapluie beaucoup plus facilement.**

Oui, j'avoue.

Est-ce que vous pouvez développer un petit peu...

230

Ben je fais attention à mes prescriptions quoi disons, vous voyez ce que je veux dire. Je réinterroge les gens, quoi disons, hein. Tout en les connaissant très bien, quoi disons hein. Et je ne prends pas de risque, disons, vous voyez ce que je veux dire, inconsiderés hein. C'est plutôt des risques de prescription à mon avis hein.

235

D'accord.

Bon il m'est arrivé... y a pas longtemps, il m'est arrivé un moment j'avais prescrit à quelqu'un qui est sous Pyostacine, qui était... pour un érysipèle du membre inférieur, qui a prescrit du Colchimax en plus. C'est formellement contre-indiqué. J'aurais eu un ordinateur, peut-être que l'ordinateur me l'aurait sorti, disons hein. C'est vrai que j'ai vérifié dans le Vidal, c'est la seule association qui faut pas faire avec la Pyostacine, c'est la colchicine. Parce que ça risque d'augmenter le taux de colchicine, de donner des complications graves disons.

240

245

Mh.

Vous voyez ce que je veux dire hein. Mais j'me sers de mon Vidal, disons. Quotidiennement disons, encore. Tout en étant à peu près... sûr de moi, voyez ce que je veux dire disons.

250

D'accord, donc le Vidal, c'est vraiment un moyen que vous utilisez régulièrement.

Le Vidal. Le Vidal.

Vous parliez aussi de... ne pas hésiter à... appeler des confrères, à... demander des avis.

255

Euh... ben des avis... oui disons, mes correspondants habituels, que ce soit les cardiologues, ou les rhumatologues et tout... disons. Et puis j'me sers beaucoup des spécialistes... mais... uniquement ceux que j'connais quoi disons. Vous voyez ce que j'veux dire. Quand j'ai un problème.

260

D'accord. D'accord. Et une fois que l'erreur est survenue, comment vous faites pour la gérer au mieux ?

Oh là, ça c'est très difficile...

265

Parce que y a... y a plusieurs répercussions. Y a la répercussion au niveau du patient, et comme vous l'avez évoqué tout à l'heure y a la répercussion au niveau de vous-même.

Ah c'est un... pratiquement un *burn-out*. Vous voyez ce que je veux dire. Après les histoires que j'ai eues.

270

Et du coup... Ah ben j'imagine bien. J'imagine bien. Même si vous êtes pas... coupable entre guillemets.

275

Ça occasionné un an... un an d'insomnies, disons, vous voyez ce que je veux dire.

Et vous faisiez comment pour gérer tout ça ?

Je prenais un anxiolytique de temps en temps. Vous voyez ce que j'veux dire hein.

280

D'accord.

C'est un métier stressant, vous voyez ce que je veux dire hein. C'est un métier risqué... aussi hein. Je [inaudible : deux ou trois mots] une phrase qui m'avait venue, la médecine est un métier risqué et dangereux, mais heureusement pour nous, la plupart des risques sont assumés par les malades.

285

Le plus gros risque est assumé par le malade.

290

Par le malade oui.

Les plus grosses complications elles sont pour le malade. Ça c'est sûr.

Voilà c'est ça, disons, vous voyez ce que je veux dire.

295

Sauf que nous on y est exposé au quotidien. Comme vous le disiez tout à l'heure.

Et de plus en plus.

300

Ouais de plus en plus.

Parce qu'actuellement y a l'information qui circule sur internet, quoi, vous savez ce que je veux dire, dont les gens... usent et abusent, quoi disons, vous voyez ce que je veux dire. Hein.

305

Et ils comparent ce que vous leur dites, à ce qu'ils trouvent sur internet.

Exactement. Alors pour les... hein. J'ai toujours été franc jeu avec les gens, dans les diagnostics, j'ai des fois le courage de dire « Écoutez je n'sais pas, ça peut être ci, ça peut être ça, quoi disons, vous voyez ce que je veux dire, on va approfondir la... la question, quoi disons. » Mais je suis un anxieux par nature, hein, ça je l'reconnais, hein. Et... j'avais souvent à un moment donné, envie d'abandonner la médecine générale, pour aller vers le salariat.

310

D'accord. Le salariat toujours en médecine générale ou bien dans un autre domaine ?

315

Médecine du travail ou un truc comme ça, vous voyez ce que je veux dire...

Médecine du travail.

... un truc où on prend pas de risques hein disons. Suite à mes histoires, hein, vous voyez ce que je veux dire.

320

Et pourquoi vous l'avez pas fait ?

Oh parce que les gens sont là quand même, disons, vous voyez ce que je veux dire.

325

Voilà... [inaudible : un mot]

On oublie quand même le négatif, parce qu'il y a du positif aussi. Voyez c'que j'veux dire. C'est pour ça que...

330 **Qu'on s'accroche.**

Qu'on s'accroche oui. Ça permet de surmonter quoi disons. C'est un stress innommable hein disons. J'ai discuté avec des copains qui ont le même problème, c'était pour eux pareil, disons, vous voyez ce que j'veux dire hein. Quand vous voyez... quand vous êtes convoqué à la police
335 quoi disons, hein. Ce qui m'est arrivé, la police, voire pénal pour la pancréatique hein. Pour une... un interrogatoire complet, disons vous voyez ce que je veux dire. Vous... êtes en position d'accusé hein. Vous voyez ce que je veux dire. C'est très difficile à... à surmonter quoi disons, vous voyez ce que je veux dire.

340 **Mh.**

D'autant plus qu'à l'époque j'étais en plus doyen du Conseil de l'Ordre. Donc pour moi c'était un peu... vexatoire et blessant, quoi disons. Parce qu'au pénal, quand vous passez au civil, c'est la police qui vous interroge quoi, et qui fait un rapport.

345

Ouais, donc y a aussi ce phénomène de... mise en jeu de la réputation qui pose problème.

Oui. Ça m'a jamais posé de problème majeur, quoi disons hein. Même si c'était plutôt un problème personnel, vis-à-vis de moi-même.

350

Ouais, ouais.

Mais je pense que des erreurs, on en fait tous, hein disons.

355 **Mh. Moi-même si je suis là c'est parce que j'en ai faites et que... je m'suis posé cette question-là de l'erreur médicale...**

Oui oui.

360 **... ce qui m'a amené à faire ce travail-là.**

Absolument, c'est très intéressant, vous voyez ce que je veux dire. De sortir des pistes, disons... dire... là, comment sortir disons, euh... Vous savez que les médecins sont les plus gros consommateurs d'anxiolytiques et d'hypnotiques quoi disons. Et d'antidépresseurs.

365

Il paraît. Mais faudrait que j'trouve un... faudrait que j'trouve un... un un papier qui... qui...

Ah j'ai vu des articles là-dessus.

370

Un article là-dessus comme ça j'pourrais...

[Inaudible : une phrase]

375 **Ouais mais j'regarderai, j'pense que ça peut s'trouver parce que vous êtes pas le premier à évoquer...**

[Inaudible : deux ou trois mots]... Le Quotidien du Médecin. C'est Le Quotidien du Médecin, disons, ça vous avez le truc hein. Y a aussi dans la profession un nombre de suicide élevé hein. Deux fois plus que dans la moyenne générale hein. Ça aussi c'est dans Le Quotidien du Médecin. Y a un... nombre très élevé de suicides.

Et vous pensez que ce... que cet état permanent d'anxiété chez... chez... beaucoup de médecins, pour ne pas dire la plupart, vous pensez qu'il est... à l'origine du risque d'erreur médicale...

385 Non !

... ou qu'il est la complication de l'erreur ?

390 C'est la complication.

La complication de l'erreur.

395 Oui la complication hein. On peut parler d'état de stress quoi finalement. C'est purement... J'ai toujours l'impression en venant au cabinet, de monter sur scène. Vous voyez ce que je veux dire.

[Rires] Le trac.

400 Un espèce de trac, disons, vous voyez ce que je veux dire. Et... mais c'est un moteur aussi.

Ah ben oui.

405 C'est un stimulant pour moi, disons, cérébral, vous voyez ce que je veux dire hein.

Ouais je vois.

Le jour où y a plus ce truc-là, vous risquez de...

410 **De plus travailler correctement ?**

Oui. Oui alors moi... et je reconnais, malgré les quarante-six ans d'installation, j'ai toujours ça [me montre un petit carnet], mon petit carnet. Vous voyez ce que je veux dire hein. Mon pense-bête hein. Et de temps en temps je vérifie aussi là-dedans hein. Ma plus grande... angoisse, 415 anxiété, c'est de... les nourrissons, vous voyez ce que je veux dire, les enfants. De passer à côté de quelque chose hein.

Mh. [Toux]

420 C'est moins... c'est moins difficile, mais les nourrissons, c'est toujours... on a toujours peur d'erreurs de dosage, de de prescriptions... vous voyez ce que je veux dire.

Ouais je vois très bien. Et... pour gérer euh... le risque juridique... Donc là vous avez parlé au niveau émotionnel, ...

425 Oui, oui.

... vous avez parlé de... de... euh du fait que vous étiez en *burn-out* hein on peut le dire...

Oui.

430

... vous avez même eu recours à des anxiolytiques. Mais par rapport à tout l'aspect juridique, comment vous avez fait pour gérer la situation ?

435

Ben c'est très difficile. Mais là, on est aidé dans la profession, par nos... nos res... nos assurances hein.

Donc là, vous vous êtes orienté vers votre assurance...

Oui oui. L'assurance médicale.

440

Ils vous ont conseillé, ils vous ont...

Oui, y a aucun problème de ce côté-là.

445

D'accord.

En l'occurrence Le Sou Médical, ils ont des experts, quoi disons hein, qui gardent une liaison téléphonique avec vous, qui vous accompagnent quand vous êtes convoqué en expertise, vous voyez ce que je veux dire hein.

450

D'accord.

Et qui vous briffent, hein disons hein.

455

Ok.

Tout ce qu'on fait, ils m'ont toujours dit, c'est de tout de suite envoyer un dossier, vous voyez ce que je veux dire. Dès que vous avez une alerte quelconque hein, d'envoyer un dossier quoi disons hein. Et c'est eux qui vous... vous tranquilisent par téléphone hein.

460

D'accord.

Ils ont un suivi extraordinaire de ce côté-là.

465

Ok.

Et... l'expert en question qui vous assiste... vous dites pas un mot hein, en expertise. Le gars me dit toujours « Tu dis rien, tu m'laisses dire hein ». Et c'est lui qui prend la parole quoi disons.

470

C'est un médecin aussi ?

Un médecin. C'est des médecins qui sont retraités la plupart, vous voyez ce que je veux dire, hein. Qui ont une grosse expérience quoi disons hein. Et qui vous donnent tous les... toutes les informations utiles.

475

D'accord.

480 Les avocats j'en parle pas, ça sert à rien quoi disons, hein. Pour nous ! Vous voyez ce que je
veux dire, hein, l'avocat. Si, une fois j'ai fait appel une fois à un avocat. Mais encore une
histoire complètement idiote, quoi disons hein. En plus un patient hein disons. C'est un gars
qui avait une tuberculose, qui était suivi au dispensaire quoi disons hein. Et il ne s'est pas... il
était en prison entre temps, il ne s'est pas présenté au dispensaire en convocation qu'il avait eu.
485 Et il m'attaque, son avocat, donc depuis... en taule quoi, pour ne pas l'avoir envoyé au
dispensaire quoi. Mais j'avais gardé heureusement dans le dossier...

Une trace.

490 ... des traces quoi disons, de convocation. Mais autrement là il ne s'est pas présenté. J'ai fait
appel à un ami avocat, j'aurais jamais dû le faire d'ailleurs, qui a tout de suite étouffé l'affaire,
hein disons, vous voyez ce que je veux dire. C'était vite fait. Mais j'aurais dû m'adresser à mon
assurance quoi disons. De ce côté-là on est bien protégé hein.

495 **D'accord. Et... alors... au niveau des répercussions de l'erreur sur le patient, cette fois-ci...**

Oui.

500 **... comment vous gérez la situation ?**

Ben je... je lui explique...

Vous lui expliquez.

505 ... ce qu'il s'est passé. Toujours hein. Je n'cherche jamais à... fuir disons. J'explique « Voilà,
j'ai fait ça, j'aurais pas dû faire ça... », quoi disons, vous voyez ce que je veux dire.

D'accord. Et en quoi ça améliore la situation d'expliquer au patient ?

510 C'est la relation de confiance tout simplement.

C'est la relation de confiance qui est préservée.

515 Vous savez en quarante-six ans d'exercice, moi j'ai... je soigne actuellement les... les petits
enfants de... de ceux que j'ai... qui étaient enfants quand j'ai soigné, vous voyez ce que je veux
dire hein.

Oui je vois.

520 J'ai démarré y a trois générations quoi disons, hein. Donc je suis ce qu'on appelle un médecin
de famille quoi disons. Il en existe plus beaucoup, vous voyez ce que je veux dire.

Non malheureusement il n'y en a plus beaucoup.

525 Hein. Voilà hein. [Sourire]

[Rires]

Et alors moi, le meilleur truc, à Noël, à peu près, je reçois une centaine de cadeaux, hein.

530

Ah ben vous êtes gâté hein. [Rires]

Et... quotidiennement, je ramène quelque chose chez moi à la maison, vous voyez ce que je veux dire hein. Que ce soit un gâteau, que ce soit...

535

Quotidiennement ?

Quotidiennement, quoi disons, tous les jours hein. Une bouteille de... tous les Portugais qui vont en vacances me ramènent du Porto, disons hein. Les autres m'amènent une bouteille de vin, que j'bois pas d'ailleurs, quoi disons hein. Vous voyez ce que je veux dire. On a ce... ce climat de confiance hein disons.

540

Ben c'est bien ça.

Hein. Oui, parce que... en quarante-six ans quand même, vous faites partie de la famille, vous voyez ce que je veux dire.

545

Ouais.

Pratiquement hein.

550

Ouais, c'est comme un médecin qui me disait que... euh quand il rentrait chez ses patients, quand il allait en visite chez ses patients, il savait où étaient rangées les serviettes, il savait où étaient rangées les culottes...

555

Exactement. Exactement.

... il savait où étaient rangés tous les trucs. Et quand il fallait préparer la valise pour aller à l'hôpital, c'est lui qui préparait tout. [Rires]

560

Exactement. Oui on a des relations... On vient chez les gens comme... j'suis invité moi à manger régulièrement quoi disons, vous voyez ce que je veux dire., hein disons hein.

Ouais c'est ça.

565

Voilà à peu près ce que je peux vous dire hein disons, de ce côté-là hein.

Donc il faut préserver ce lien de confiance qui existe. C'est important

Absolument, absolument. Mais ça... ça n'existe plus tellement chez les jeunes actuellement hein. Sans attaquer, vous voyez ce que je veux dire.

570

Non non, j'comprends votre point de vue.

On traite un cas en ce moment.

575

C'est une autre façon de travailler.

580 On traite un cas. Quand vous voyez les urgences, vous traitez plus un malade dans son ensemble, vous traitez un cas... médical. Vous voyez ce que je veux dire.

Vous pensez que par rapport à... au risque d'erreur, il y a une différence entre les deux façons de... de faire, les deux approches ?

585 Ah oui. Absolument.

Par rapport à quoi ?

590 Moi je connais tellement bien mes gens, que quand ils rentrent je sais déjà ce qu'il se passe. Vous voyez ce que je veux dire, hein.

Mh.

595 Je vois la tête des gens qui rentrent... si ça va pas, si y a quelque chose de de grave qui se prépare quoi disons.

D'accord.

600 Et même ma secrétaire qui travaille avec moi depuis longtemps aussi disons hein, elle repère tout de suite « Écoute t'as un monsieur qui va pas bien. » Quoi disons, vous voyez ce que je veux dire hein.

D'accord.

605 Même pas la peine d'interroger, on le sent tout de suite quoi disons hein.

Ok.

610 Alors que quand vous allez aux urgences vous avez tout finalement, il faut faire le tri hein.

Mh.

615 Entre... C'est toujours une urgence ressentie pour le malade disons hein, mais rarement pour le médecin, quoi disons vous voyez ce que je veux dire hein. Mais j'crois que là c'est un peu un... un privilège que j'ai disons du fait de mon ancienneté d'installation hein.

Et de suivre les mêmes familles depuis longtemps.

620 Je suis le plus âgé de notre commune, vous voyez ce que je veux dire hein.

Mh.

625 Et pourtant, les deux qui m'ont fait des procès, c'était des gens qui étaient très proches. Hein, vous voyez ce que je veux dire.

Ça c'est étonnant.

Voilà

Ça c'est étonnant, c'est pas habituel.

630

C'est quelqu'un qui m'a dit, du moins celle qui a eu un cancer du sein, elle m'a dit « Moi je prendrai jamais un autre médecin que vous hein, vous êtes mon médecin traitant hein. »

Après vous savez c'est l'entourage des fois qui...

635

C'est l'entourage qui dit « Écoute là tu peux peut-être te... gagner quelque chose », quoi disons vous voyez ce que je veux dire, qui les influence. Mais ça m'a profondément déçu quoi disons, vous voyez ce que je veux dire hein.

640 Vous avez continué à suivre les personnes en question ?

Non. Non non. J'ai refusé quoi disons. D'ailleurs, ils sont partis elles même... d'elles même. Y compris la famille.

645 C'est peut-être mieux comme ça.

C'est mieux comme ça. Ouais. Mais se retrouver comme ça, vous voyez ce que je veux dire... on a ce sentiment d'injustice qui est très dur à supporter quoi disons, vous voyez ce que je veux dire. Alors vous vous remettez en question, qu'est-ce que vous avez fait de mal quoi finalement. J'aurais dû l'envoyer chez un autre radiologue ? Pour le cas du sein quoi disons.

650

Oui oui je... C'est sûr que là si on essaie de réfléchir pour voir comment on aurait pu éviter la situation, certainement que... *a posteriori*, on va trouver des... des solutions. Mais...

655

Ils étaient deux radiologues. Ils étaient deux radiologues, différents, vous voyez ce que je veux dire. Ils ont interprété à tour de rôle les clichés quoi disons, hein. Moi je ne suis pas capable d'interpréter un... une échographie, enfin une échographie c'est pas possible d'interpréter, vous voyez ce que je veux dire hein. Mais si le radiologue me dit « Échographie : hématome », moi j'peux pas dire y a un cancer en dessous, vous voyez ce que je veux dire.

660

Non mais moi je pense que... d'ailleurs vous avez été blanchit sur cette affaire, je pense que votre responsabilité... elle est très très limitée quoi...

665

Complètement. Oui oui, j'veux dire mais... on peut quand même... oui absolument.

... elle est... inexistante.

C'est quand même traumatisant, vous voyez ce que je veux dire.

670

Ah c'est ça, c'est ce que vous avez dit, c'est un an de calvaire quoi.

C'est un an de calvaire, ça c'est sûr.

675

C'est...

Et je comprends très bien les collègues qui arrivent en *burn-out*.

Et ça y aura personne pour vous le rembourser cette année de calvaire quoi.

680

Alors j'ai demandé justement au Sou Médical, parce qu'on avait... une réunion là sur les... la gestion des patients quoi disons, j'ai demandé au Sou Médical, si on pouvait demander des dommages et intérêts, quoi disons.

685 [Rires]

Elle m'a dit qu'on peut en demander mais que ça marche jamais.

Ouais ça j pense que...

690

Vous voyez ce que je veux dire.

Oui, c'est pas pris en compte. Ce stress n'est pas pris en considération par... par personne.

695

Ni par la justice, ni par les assurances. Vous voyez ce que je veux dire hein. Pour eux ça fait partie intégrante du métier.

C'est ça.

700

Ça c'est pas juste. Profondément injuste hein. Hein parce que quand on vous accuse comme ça, on devrait obtenir si vous voulez une réparation.

Mh.

705

Ça nous aiderait un peu à faire le deuil de l'affaire. Vous voyez ce que je veux dire.

Je pense oui.

710

Hein. Oui. Si ce n'est que symbolique. C'est peut-être là où il faudrait peut-être...

Ben alors du coup, là ça nous amène à la dernière question que je voulais vous poser. C'est... quelle... qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place, pour améliorer déjà dans un premier temps la prévention de l'erreur médicale, et dans un second temps, la gestion de l'erreur médicale, à l'échelle d'une population plus importante de médecins généralistes ?

715

Oui, alors ça, ça a été mis en place par le conseil de l'ordre d'ailleurs, disons, où il y a un numéro de téléphone où on peut s'adresser jour et nuit à quelqu'un.

Au Conseil de l'Ordre ?

720

Oui. Au Conseil de l'Ordre oui.

Ah ça vous êtes le premier à m'en parler.

725

Oui, voilà, hein. Parce que moi j'en faisais partie pendant dix-huit ans hein, du Conseil de l'Ordre.

D'accord. Du coup ça c'est un truc qu'on peut généraliser à tout le monde ?

730 Ah qu'on pourrait généraliser oui. C'est un truc qui a été fait à Strasbourg, qui est une... enfin à Strasbourg mais ça concerne aussi Colmar, où y a un Conseil de l'Ordre, il faudrait peut-être se renseigner là-dessus. Et où... justement il y a un numéro d'appel, pour les... ce genre de problèmes quoi disons, vous voyez ce que je veux dire. Pour gérer ce genre de situations hein disons.

735 **D'accord. Et puis pour prévenir l'erreur médicale, qu'est-ce qu'on pourrait faire de mieux ?**

De la FMC à mon avis.

740 **C'est pas suffisamment fait ?**

Moi je l'ai... je fais... J'ai un groupe de FMC, quoi disons, hein. Que j'ai créé aussi y a trente ans quoi disons hein. Et...

745 **Vous faites quoi exactement ?**

On fait venir tous les mois quelqu'un de Strasbourg quoi disons hein. Sur un sujet que nous définissons en début d'année, quoi disons.

750 **D'accord.**

Donc là une fois par mois, premier jeudi du mois, c'est une FMC quoi disons.

D'accord.

755 Il faut quand même aussi donc mettre à jour les connaissances. C'est très important, vous voyez ce que je veux dire. Et puis lire la presse médicale aussi hein disons.

D'accord. Tout ça c'est des choses que vous faites déjà.

760 Ça fait trente ans et je fais encore, hein disons.

Mais quelque chose qui n'existerait pas encore peut-être et qu'on pourrait mettre en place ? Ou alors qui existerait mais qui ne serait pas... mis en avant.

765 J'vois pas. Pour prévenir l'erreur, je ne vois pas.

D'accord.

770 C'est uniquement une meilleure formation des... des confrères à mon avis. Hein. C'est...

Ok. Et pour gérer l'erreur du coup, vous m'avez dit de mettre en avant un peu plus ce numéro de permanence à l'Ordre.

775 Un numéro de permanence, qui est accessible aux médecins quoi disons. C'est le Conseil de l'Ordre qui l'a développé, mais j crois sur une grande partie de la France quoi disons.

Je savais... je savais que l'Ordre était disponible en cas de besoin... spécifique, notamment juridique etc.

780 Oui oui.

Mais je savais pas qu'il y avait ce numéro...

785 Si si. [Partie non transcrite dans un souci de confidentialité] C'est une permanence où les médecins peuvent s'adresser vingt-quatre heures sur vingt-quatre, quoi disons hein. Et j'crois que pour prévenir l'erreur médicale il faut... j'pense qu'il faut d'abord une bonne formation médicale, quoi disons hein... et ne pas faire... de faire appel aux spécialistes... pour des conseils, vous voyez ce que je veux dire, si ce n'est que... que... un coup de téléphone, comme ça, quoi disons.

790

D'accord.

C'est ce que je fais pour... pour ça, vous voyez ce que je veux dire hein.

795 **Ok. Mh. Très bien.**

Alors que la... disons que la génération actuelle à mon avis, a plutôt tendance à se baser sur l'ordinateur quoi disons hein. Vous voyez ce que je veux dire. Disons hein.

800 **Vous pensez qu'on se repose trop sur les ordinateurs ?**

A mon avis. Mais ça c'est mon avis personnel, vous voyez ce que je veux dire.

805 **Je... Mais c'est... je le comprends, je le comprends. Après, tout dépend de... après c'est un équilibre à trouver. C'est vrai que l'ordinateur, répond à certaines problématiques...**

Ouais voilà. Mais il ne faut pas faire que ça quoi disons.

810 **... avec beaucoup d'efficacité. Mais c'est pas suffisant, ça c'est sûr. Sinon...**

Les patients ils disent parfois « Y a un médecin ordinateur », vous voyez ce que je veux dire hein.

[Rires]

815

Ils lui parlent juste en face, puis l'autre il est en train de pianoter pendant toute la convers... Vous voyez ce que je veux dire hein. Il faut prendre le temps d'interroger les gens quoi disons. Voyez ce que je veux dire.

820 **Ça c'est... ça de toute façon là... même les plus jeunes euh...**

825 Et l'examen clinique est très important. Moi je suis... j'ai connu ça, quand je me suis installé y avait pas d'échographie. Le scanner j'en parle même pas quoi disons, hein. Il faut restaurer l'examen clinique, disons, hein. Et ça, ça manque actuellement. Qu'est-ce qu'on fait, on prescrit une IRM, on prescrit... un scan ou un écho, vous voyez ce que je veux dire. Et l'examen

clinique ça passe au deuxième temps. Vous voyez j' pense que c' est quand même quelque chose de très important l' examen clinique. A mon avis.

Ah oui, interrogatoire, examen clinique, ben vous l'avez dit, c' est la base.

830

Ouais ouais.

C' est la base de notre métier.

835

Mais ça se perd !

Ça se perd peut-être ouais.

840

Ça se perd hein, disons, vous voyez ce que je veux dire. Quand je vois le nombre d' examens complémentaires qui sont pratiqués à l' hôpital, dont certains à mon avis sont inutiles quoi disons, moi je suis sidéré par... il faudrait... Et ça fait beaucoup de dépenses en plus quoi disons.

845

Pour quelles raisons vous pensez que ça se perd ? Qu' on fait moins d' examens cliniques et plus d' examens complémentaires ?

Par manque de temps, je pense, quoi disons vous voyez ce que je veux dire.

850

Mais qu' est-ce qu' on pourrait faire du coup pour améliorer... ?

Il faut revoir tout le problème quoi disons. Il faudrait repartir à la base, vous voyez ce que je veux dire.

855

D' accord.

J' veux dire quand moi j' me suis installé, y avait pas d' échographie, pas de scanner, disons hein. Mais on faisait quand même du diagnostic, vous voyez ce que je veux dire.

860

Ben oui.

Hein. C' est... A mon avis, c' est celui-là quoi disons. Mais moi j' suis d' la vieille génération, donc hein, j' suis peut-être un peu dépassé de ce côté-là quoi disons.

865

Ou pas ! [Rires]

[Rires] Peut-être qu' on y reviendra un jour si vous voyez ce que je veux dire.

Peut-être, mais oui.

870

[Fin de la transcription]

Entretien 11**Profil du participant :**

Code participant	11
Sexe	Homme
Age (ans)	60
Durée d'exercice (ans)	29
Zone d'activité	Urbaine
Mode d'installation	Association
Maître de stage	Oui
Spécificité de l'activité	/

Contexte de l'entretien :

Lieu de l'entretien	Cabinet Médical
Durée de l'entretien (mn)	41

Transcription de l'entretien :

Gras : Intervieweur

Normal : Interviewé

[...] : Paratexte

[Début de la transcription]

Et... alors on peut commencer par la question suivante, donc pour vous qu'est-ce que signifie l'erreur médicale, qu'est-ce que ça représente ?

5

Alors le premier... premier réflexe, c'est... euh... perte de chance pour le patient, que j'aurais pu éviter. Parce que si j'aurais pas pu l'éviter, j pense c'est pas une erreur médicale.

D'accord.

10

Après... après j'aurais peut-être pu l'éviter en étant mieux formé etc., j'veux dire le mec qui se plante en bagnole parce qu'il était bourré, j pense pas que c'est une erreur médicale euh parce que j'ai pas réussi à le sevrer de son alcool quoi. Hein. La méningite que je rate, ça c'est plus embêtant quand même quoi. Donc... c'est ça que j'dirais, perte de chance, que j'aurais... du pouvoir éviter quoi.

15

Vous savez que... si j'ai eu l'idée de faire une étude sur ce sujet-là, c'est parce que j'ai raté une méningite. [Rires] Mais heureusement le patient, n'est pas mort, il va très bien. C'était un cas un peu... un peu bizarre. Mais...

20

Forcément, si c'est des cas standards on les rate pas. [Sourire]

Ouais ouais. [Rires] D'accord. Et... du coup, ce serait... ce serait quoi comme type d'erreur pour vous alors ?

25

Ah ben c'est une erreur... ben j pense c'est surtout des erreurs de diagnostic.

D'accord.

30 Hein. Erreur de traitement... [hésitation] ça me paraît difficile de faire des erreurs de traitement. J'veux dire euh... ça m'viendrait quand même pas à l'idée de soigner un ulcère par le l'aspirine ou des choses comme ça quoi. Hein.

Ok.

35 Euh... Après en antibiothérapie, est-ce que c'est une erreur dans une bronchite de donner un Clamoxyl plutôt qu'un Rulid euh... ? Ouais, peut-être mais dans une bronchite on s'en fout, elle guérit toute seule d'toute manière, c'est viral donc c'est pas grave. Mais... La question c'était quoi ?

40 **C'était juste de préciser un petit peu, quel(s) type(s) d'erreur. Non mais c'est bien, vous avez déjà... vous avez déjà un peu précisé.**

J'crois... j'crois qu'en fait je suis pollué dans mon raisonnement parce que j'ai... j'ai deux erreurs médicales qui me sont arrivées en... en tête et qui sont essentiellement liées à des problèmes ben forcément de non-diagnostic. Mais essentiellement dues à des manques de communication pour des pathologies... connues. Un patient qui a fait une endocardite sur une valvulopathie dont je n'étais pas au courant, mais qui était suivi par un cardio qui m'a pas tenu au courant. Et donc qui a fait un état grippal en pleine épidémie de grippe, et c'est qu'à la troisième fois que ça n'allait pas mieux, qu'on a fini par reprendre l'interrogatoire du début à la fin, alors qu'au départ on lui a demandé s'il prenait des médicaments, s'il était suivi etc. et il a dit « Non ». Et là il nous dit « Ah oui c'est vrai, j'suis suivi par un cardio... » Bon ben un diagnostic tout de suite, qui aurait été fait tout de suite si on n'avait pas eu... Donc là il y a eu erreur médicale avec perte de chance grave, puisque le mec a été opéré à chaud, ça a tenu un an et puis il a fini par décéder quand même. C'est pas rien.

55

Mh.

60 Et... si j'avais eu cette notion, qu'il avait eu une valvulopathie, le diagnostic aurait été fait beaucoup beaucoup plus vite quoi. Donc là j'ai été mauvais, parce que j'ai pas fait le diagnostic, par défaut d'information aussi quelque part quoi. Donc... j'pense qu'il y a... comme souvent quand t'aboutis à une catastrophe, t'as rarement un facteur, j'pense que t'as plusieurs choses qui font que... ça arrive ce jour-là parce qu'il te manquait ça plus ça plus ça, mais que si t'avais eu un de ces éléments qui te manquait, ça serait pas arrivé quoi.

65 **D'accord. Et comment vous différencieriez l'erreur de la faute ?**

Première réponse qui vient sans réfléchir c'est... erreur c'est excusable, faute c'est non excusable. [Rires] Mais ça c'est pas terrible comme définition.

70 **J'trouve que c'est pas mal.**

75 Et... l'erreur, tu te sens coupable parce quelque part dans notre fantasme, on aimerait bien que tous nos patients soient guéris par nos traitements rapidement, vite et bien, et que chaque fois que t'en as un qui revient, même pour une angine qui va pas mieux, tu t'dis « Qu'est-ce que j'ai mal fait quoi ? » Alors que peut-être il a pas bien pris ses com... ses cachets quoi, j'veux dire. Mais là t'as... tu t'demandes... la faute c'est... « Putain, j'ai merdé quoi ! »

C'est plus lourd.

Ah ouais, c'est beaucoup plus lourd, ouais.

80

Par exemple ? Ce serait quoi comme... ce serait quoi comme...

Ben par exemple, le mec qui aurait eu son endocardite dans ma grippe, où j'aurais pas posé mon stétho sur son cœur.

85

D'accord.

Ça ce serait une faute.

90

Ok.

Là je l'ai ausculté, c'était une insuffisance aortique, je n'ai rien entendu. Euh... quarante de fièvre, machin etc., j'ai pas entendu son souffle. C'est sûr que si y avait eu un rétrécissement mitral, je l'aurais peut-être plus entendu quoi. Et... donc là y a faute j'pense, y a pas erreur.

95

Erreur... Y a quelque chose que t'as pas fait, enfin j'veux dire... un diagnostic que tu loupes, ben... ben ouais... l'endocardite euh... J'ai vu une fois un gamin qui a fait un purpura *fulminans*, le matin, quand je l'ai vu, il avait une rhino-pharyngite, quoi j'veux dire... y avait pas de purpura, y avait pas de méningite, le gamin était... à peu près en forme. Et il est mort le soir... J crois pas qu'il y ait eu d'erreur ou de faute. Il m'aurait rappelé parce qu'il avait eu des boutons... j'y serais retourné trois heures après qu'il m'ait appelé, là y avait faute. Ils ont rappelé parce que y avait des boutons, j'étais un quart d'heure après chez lui, j'l'ai mis dans la bagnole, j'l'ai monté en pédiatrie... ça a pas suffi. C'est plus pas d'chance quoi ça.

100

Mh.

105

Mais l'erreur j'pense quand même que c'est... ouais, c'est c'est vraiment j'ai merdé. Là j'pense que c'est quand même essentiellement parce que t'as pas bien examiné quoi. J'pense c'est là où tu peux avoir une faute.

110

D'accord.

Parce que... on peut pas te reprocher de pas faire tous les diagnostics, parce que c'est pas possible. Mais on peut te reprocher d'pas avoir examiné le patient, ça c'est sûr.

115

C'est un effort qui... qui aurait dû être fait, qui n'a pas été fait.

Voilà. Ouais on peut dire ça. Ou... ou qu'au moins les bases n'aient pas été respectées. J'veux dire... le b.a.-ba... la bonne médecine j'veux dire, y a... C'est vrai qu'en médecine générale le problème c'est qu'on a pas mal de consult qui se règlent en discutant avec les gens. Et qu'il y a un moment où tu peux être... « Ah vous avez mal à la gorge, faites voir... Ouais..., ça doit être une angine, on va mettre du Clamoxyl. » Y a des toubibs qui sont tombés là-dedans, quoi j'veux dire. Euh... mais c'est vrai que... d'pas examiner ton patient, c'est quand même... là y a une faute quoi. C'est plus une erreur quoi.

120

125

[Toux] Ok. Et à quel(s) moment(s) vous y pensez à... ce risque d'erreur médicale dans votre pratique ?

130 [Sifflement] D'erreur médicale... ? Pas souvent. [Petit silence] D'temps en temps, en se couchant le soir tu repenses... à ton mec qui a fait son endocardite, mais Dieu merci pas tous les jours quoi, hein. Et... pas vingt-cinq ans après. Mais ça m'arrive encore d'y penser de temps en temps.

Non, mais pas forcément à... penser aux erreurs médicales que vous avez pu faire par le passé, mais juste au risque de... de faire une erreur.

135 Pratiquement pas j'y pense.

D'accord.

Alors entre pratiquement pas et pas du tout.

140

Et pour quelle(s) raison(s) ? Vous savez ? C'est juste que ça vous vient pas euh... ?

145 Parce qu'avec le temps je me suis fait une philosophie d'essayer de faire le mieux que je peux. Là j'vois on a... une SASPAS qui est encore... dans l'objectif de faire parfait. Euh... ben régulièrement j'la calme quoi. Parce que faire parfait, elle va quand même être déçue la pauvre quoi. [Sourire] Donc... mais faire le mieux que tu peux, ça c'est un objectif raisonnable, me semble-t-il. Sachant qu'il y a des jours où tu peux plus que d'autres quoi. Mais... parce que... t'as le droit d'avoir fait une migraine, d'avoir passé une nuit blanche et le lendemain d'être la tête dans l'cul aussi quoi. Mais à ce moment-là l'erreur médicale consisterait à... à pas revoir le patient si t'as un doute deux jours après quoi. Parce que tu sais que ce jour-là t'étais pas en forme.

150

Mh.

155 Ça m'est arrivé quelques fois de... pas être en forme pour des raisons des fois moins avouables hein. Euh... j'bottais en touche avec une prise de sang et puis le mec revenait me voir deux jours après avec le résultat, j'veux dire...

D'accord.

160

Et sinon, sinon le risque d'erreur médicale c'est pas un truc qui me... qui me perturbe ou qui m'obsède, ou qui... me fait flipper, ou... J'ai l'impression plus dans votre génération. J'sais pas si on vous dit des... on vous fait des cours à la fac là-dessus ou... qu'on vous dit dans votre vie vous aurez X procès, ou j'sais pas quoi.

165

[Rires] Et quand vous... quand vous repensez à... quand vous avez débuté la profession, du coup euh... que vous aviez du coup l'expérience que je peux avoir maintenant, est-ce que c'est quelque chose à laquelle vous pensiez davantage ou pas forcément ?

170 Aujourd'hui j'ai pas l'impression, non. Mais bon, c'est loin après. [Rires] C'est loin. Non mais j'ai pas... j'ai jamais eu l'impression que... d'avoir la trouille d'avoir des procès ou de de...

D'accord.

175 La peur de pas bien faire, oui ! Forcément ! On l'a tous un petit peu. Ou de savoir qu'on est léger dans un domaine, ou... après on a quand même toujours la sécurité j'veux dire... d'envoyer au spé, quoi. C'est quand même un sacré filet de sécurité quoi.

180 **D'accord. Ben du coup, là on en vient au... finalement aux moyens que vous utilisez dans votre pratique, qui vous permettent justement d'éviter ce risque d'erreur médicale. Vous en avez... vous en avez cité quelques-uns déjà, vous vous en êtes pas rendu compte mais vous m'en avez déjà cité quatre ou cinq.**

185 Ouais, ben j'pense que... j'mettrais presque en premier... mon hygiène de vie j'dirais. Presque quasiment. Euh... J'fais plus de bringue en semaine hein, ça c'est sûr. Il m'arrive de boire un ou deux verres de rouge le soir, pas tous les jours mais de temps en temps.

Mh.

190 Mais jamais à midi. Ça c'est sûr. Et... puis voilà j'essaie... j'essaie de m'tenir à peu près à jour dans mes connaissances. Et puis... par contre j'suis obligé de m'forcer un peu à... à être attentif à assez examiner les gens. Parce que ça j'sais que ça serait mon point faible euh... que j'risquerais de de... ouais moi ce que j'préfère presque c'est plus le côté empathique euh... de la consultation, que le côté technique si vous voulez quoi. Donc là j'suis obligé d'faire un peu gaffe à... ce que le côté empathique prenne pas quatorze minutes et l'examen une minute quoi.

195 **D'accord. Et vous pensez que ça, le fait de prendre le temps, avec les gens etc. c'est un moyen efficace de prévenir l'erreur ?**

200 Ah ouais, j'pense ouais. Et qu'ils soient à l'aise oui. Et qu'ils soient à l'aise aussi.

Pour quelle(s) raison(s), parce que du coup le patient il peut plus se confier ou... ?

205 Ouais ouais. Et puis... le meilleur exemple c'est les gamins. Moi j'leur file des bonbecs euh ils savent qu'à la fin de la consult ils ont un bonbec euh... j'suis sûr qu'ils se laissent examiner plus facilement que... que si non. Un gamin il a... tout... tout patient d'ailleurs... il a un petit côté anxieux quand il rentre dans le cabinet hein. T'arrives à lever cette angoisse, il va t'dire des choses qu'il t'aurait pas dit, il va... se laisser examiner peut-être plus facilement, plus détendu pour un bide par exemple. Euh... pour une nuque aussi hein, si le mec est comme ça...
210 [imite un patient crispé], tu peux aller la chercher sa raideur de nuque hein. Donc euh... ouais. C'est... c'est ce que j'verrais, hygiène de vie, euh... mise à jour, humilité...

Mise à jour... Mise à jour des connaissances ?

215 Ouais des connaissances, ouais.

D'accord.

220 Sachant que... j'crois pas qu'y a tellement d'erreurs médicales à faire par... parce que tu connais pas le dernier... anti-arythmique qui est sorti ou j'sais pas quoi, j'veux dire... hein. Le nouvel antibiotique révolutionnaire qui est sorti en ville euh... j'sais pas quand c'était ? C'était les quinolones y a vingt ans j'pense quoi ? Donc... j'crois pas qu'il y ait tellement d'erreur dans ce cas-là quoi. J'pense qu'y a des erreurs de diagnostic parce que t'as pas bien examiné les gens

225 ou t'as pas bien interrogé et... J'verrais plus des erreurs... de diagnostic que des erreurs de thérapeutiques quoi.

Mh.

230 J'imagine mal une erreur de thérapeutique, je vois pas bien... comment...

Bon après les erreurs de thérapeutique ça peut quand même arriver... des fois accidentellement...

235 Oui ! Parce que t'as mal... t'as mal cliqué sur l'ordinateur pour l'ordonnance, oui.

Par exemple.

Oui.

240 **Les erreurs thérapeutiques, c'est pas forcément par... par défaut de connaissances. Quoi que ça aussi j'pense que ça peut arriver.**

245 Ouais. De toute manière la... la principale erreur, ce serait de faire des choses que tu sais pas faire. J'pense que c'est ça le plus grave.

D'accord. Donc... ben du coup le moyen là ce serait quoi ? Ce serait de se limiter à faire les choses qu'on sait faire.

250 Ouais d'avoir limite de... de... la notion de ses limites. Moi j'dis toujours que... l'bon médecin généraliste c'est celui qui est empathique et qui sait où il faut s'arrêter quoi.

D'accord.

255 Lui demander de tout savoir, tu peux pas lui demander. [Inaudible : une phrase] Mais d'bidouiller pour le nez qui coule... entre une allergie et une rhinite... virale, c'est pas grave.

260 **Ok, ben c'est intéressant tout ça. Et vous parliez aussi tout à l'heure de la... des patients euh... de certaines situations où vous pensiez être... on va dire... moins opérationnel et vous prescriviez plus facilement des examens complémentaires, où vous faisiez revenir davantage les patients. Donc ça aussi c'est un de vos moyens...**

Alors, c'est d'botter en touche quoi. Alors ça peut être aller voir le spécialiste.

265 **Donc ça c'est quand vous avez un doute...**

Oui.

C'est le spécialiste, ou examens complémentaires...

270 Oui. Qui peut être aussi, juste une façon de gagner du temps hein. Sachant souvent... ça arrive que les gens reviennent trois jours après, leur examen est normal et puis ils vont mieux... aussi. Mais... mais ça peut être... un garde-fou pour les jours où tu sais que t'es pas en forme quoi.

D'accord.

275

J'fais des algies vasculaires de la face. Alors j'en fais plus trop maintenant. Mais quand j'en faisais, putain, des fois j'arrivais, j'étais pas frais quoi... au cabinet quoi.

Mh.

280

Ou quand j'en faisais une pendant une consult euh... donc là j'pouvais avoir tendance à... botter en touche quoi. Mais pas... dire aux gens « J'suis pas en forme, démerdez vous, rentrez chez vous ! » quoi. Euh...

285 **[Rires]**

Tu leur dis pas que t'es pas en forme, tu fais semblant et puis... tu leur dis « Ben écoutez... », tu leur vends ta prise de sang, et puis ils reviennent le lendemain avec la prise de sang, ou le surlendemain quoi.

290

D'accord. Et ça vous pensez que ça évite aussi euh... de s'tromper ? Et puis si on s'trompe...

295 Ça peut éviter des boulettes ouais j'pense, ouais. Parce que des des boulettes où t'as un risque de mort dans les vingt-quatre heures, Dieu merci, y en a quand même pas tous les jours quoi.

Mh.

300 J'veux dire... même... même le néo que tu rates de quarante-huit heures, t'as pas [inaudible : un mot] son pronostic quoi. Tu le laisses traîner six mois... Après j'ai en tête une autre erreur médicale, qui est un... un néo du poumon qui a pas été vu par le radiologue. Et... moi j'ai pas regardé les radios. Je sais pas si... si j'les avais regardées, si j'aurais vu quelque chose ou pas. J'en doute... euh... que j'ai mieux vu... que j'aurais mieux vu que le radiologue quoi. Hein. Mais... mais là il y a eu erreur médicale. [Silence] C'est qui le responsable ? Quoi faire pour l'éviter ? D'toute manière on aurait pas changé le pronostic. En plus il a guéri.

305

C'est pas évident.

Ce mec il est guérit.

310

Il a guéri ?

On est à sept ans de recul, donc on peut le considérer comme guéri quoi.

315 **C'est toujours plus simple quand ça se termine bien, euh... les erreurs, que... que pas quoi. Et... une fois que l'erreur est... survenue, comment vous la gérez l'erreur ? Comment vous... ?**

Moralement mal.

320

Par rapport à quoi ?

Parce que j'suis un affectif, moi je fonctionne sur le mode affectif, donc... je me mortifie... en me disant que je suis moins que rien, et que voilà.

325

Donc ça c'est... donc ça c'est les répercussions de l'erreur sur votre propre...

Sur moi.

330

Sur vous. Ouais.

Ouais. Et puis après... et ben après tu essaies d'en tirer une conclusion pour la prochaine fois où ça pourrait t'arriver quoi. Euh... j'sais que maintenant... ben... une grippe euh qui dure plus de soixante-douze heures, je pose systématiquement la question « Êtes-vous suivi par un cardiologue ? », quel que soit l'âge ou le sexe ou le machin, le truc. Euh peut-être pas forcément quand j'vois un gamin qui a trente-neuf, qui a tous les symptômes d'une grippe en période de grippe quoi. Mais si ça dure un peu plus longtemps euh j'vais poser cette question tout de suite quoi. Alors qu'avant j'posais la question « Est-ce que vous avez un antécédent particulier, suivi par un médecin spécialiste ? Vous prenez des médicaments ? », ça me suffisait quoi. Mais là le mec en question, il voyait tous les ans voir son cardiologue depuis vingt ans, ça faisait partie de sa routine, il a même pas pensé utile de m'le dire. Il y a même pas pensé dans sa tête quoi.

335

340

Mh.

345

Donc maintenant j'sais que j'vais y penser quoi. L'autre cas c'est une gamine qui a fait des abcès... médullaires... parce qu'elle avait un petit... un petit pertuis là en bas, dont j'étais pas au courant. C'était noté sur les toutes premières pages de la maternité... du carnet de santé. Je l'avais pas lu. Euh... parce que quand les gamins viennent pour le premier mois... je regardais pas forcément ces deux pages-là, j'sais pas si vous vous le faites systématiquement ?

350

Pas systématiquement.

J'pense que c'est une bonne idée d'le faire. [En riant] Et puis maintenant j'le fais quoi. [Inaudible : une phrase] Le mec qui a eu son néo du poumon, que le radiologue n'a rien vu, j'considère que c'est un bon radiologue donc j'continue à travailler avec lui quand même. Et jusqu'à maintenant j'ai pas été... déçu. J'pense qu'il est comme tout le monde, il est pas infallible hein. Et... là j'avais pas tiré de conclusion spéciale, quoi j'veux dire... j'vais pas aller faire un stage de lecture de radio quoi !

355

360

Et du coup... euh... moralement vous disiez que vous étiez très atteint moralement. Qu'est-ce que vous faites pour remédier à ce problème-là ? Est-ce que vous faites quelque chose, ou... ou finalement vous... ?

J'fais du golf.

365

Du golf.

Oui.

370

Donc ça, ça vous aide à... à gérer.

Oui. Oui.

Et puis vous avez d'autres... d'autres outils, d'autres... ?

375 Non. Pas de médocs.

D'accord. Je pensais pas forcément aux médocs.

Non, mais entre autres.

380

[Rires]

Euh... comme... les anxiolytiques... entre l'alcool et les médocs, euh... ça consomme chez les docteurs. Attention.

385

Vous pensez que ça c'est...

Ah j'pense que c'est plus que...

390 **... c'est des techniques utilisées par nos confrères pour gérer... ces situations.**

... plus que la population moyenne. J'pense. Y avait des statistiques hein comme quoi les docteurs sont des gros consommateurs...

395 **Ouais d'alcool, j'avais entendu.**

... alcool et... tranquillisants aussi, j'pense.

400 **D'accord. [Toux] Et... par rapport aux complications par rapport à la gestion de l'erreur vis-à-vis du patient. Euh... comment vous... comment vous gérez la chose ? Quelles sont vos moyens par rapport à ça ?**

Ben ça, c'est plus compliqué parce que les erreurs qui me viennent à l'esprit, là les... les trois que j'veus ai cité, ben... l'endocardite ben j'l'ai... plus revu. Les... la gamine avec ses abcès médullaires, je les ai plus revus. Et le mec avec son néo du poumon, ben je l'ai envoyé en médecine interne et comme j'ai fait un bilan thorax, le mec il m'a appelé, le chef de service de médecine interne m'a appelé en m'disant « Maintenant faut aller au bout, ton mec il a un néo, ça se voit déjà sur la première radio ». Puis le mec ben il a fait sa chimio, puis j'le vois toujours et puis il va bien et puis... et puis voilà y a... J'ai pas eu de procès dans aucun des trois. Mais

405

410 c'est vrai qu'après j'ai jamais eu à gérer le relationnel avec le patient... après une erreur médicale. Parce qu'une fois, ça a été rattrapé... le patient est guéri. Les deux autres fois, les patients m'ont assez logiquement quitté, j'dirais.

415 **Logiquement ? Pour quelle... pourquoi vous trouvez ça logique ?**

Parce que dans leur logique c'est... c'est logique j'pense. Puis dans leur parcours, ils ont bien dû tomber sur un... un confrère qui a dit « Mais c'est qui le con qui a pas vu ça », ou j'sais pas quoi.

420 **[Rires] Vous pensez ?**

Ah bien sûr. Et peut-être même « Ce con de généraliste ! ». [Rires]

C'est possible. C'est possible.

425 J'pense. Donc j'ai... j'ai pas tellement de de choses à raconter sur... comment j'ai géré une erreur avec des patients après quoi.

D'accord. Et là si ça devait se reproduire, comment vous gèreriez ?

430 Je pense en... reconnaissant mon erreur. Ça c'est la première chose que je ferais.

Devant le patient ?

435 Devant le patient. En disant au patient. « Oui effectivement, j'ai fait une boulette, euh mais j'suis pas parfait... je fais juste le mieux que je peux, mais sur ce coup-là j'ai pas été bon. » Et...

Et pour quelle raison vous feriez comme ça ?

440 Parce que j'pense que les gens sont en attente de... de l'entendre, hein. Et j'pense que... ça peut les aider à aller mieux. Et que en plus je pense que... si j'ai fait une boulette, l'honnêteté c'est de le dire quoi. J'veux dire...

Ok.

445 J'vais pas aller sortir des articles pour me défendre... ou les adresser à mon avocat ou j'sais pas quelle connerie, ça m'viendrait pas à l'idée. [Rires] Après que les gens veuillent faire un procès, ben ils en font un si ils veulent. Euh... tu vas au procès, tu dis ce que t'as fait quoi puis voilà quoi. Puis... Non c'est... J'pense que le le... si j'pense que la moindre des choses ce serait de reconnaître ton erreur, ça c'est clair. Sans... sans s'mettre moins que terre, en disant... euh ça j'peux me le dire à moi, j'vais pas le dire aux gens quoi. [Rires]

[Rires]

455 Euh... Y a une phrase qui est horrible, c'est responsable mais pas coupable quoi. Euh... c'est à la fois horrible, et pas complètement faux quoi. Parce que coupable tu l'es forcément. Mais peut-être pas forcément un assassin non plus quoi, faut pas déconner non plus quoi.

Coupable ça dépend. Ça dépend. C'est un mot qui est fort quand même.

460 Ouais c'est fort. C'est fort. C'est fort.

Ouais. Responsable j'préfère. [Rires]

465 Mais quand tu comptes... tu comptes dans les années Chirac t'avais vingt-mille morts sur les routes, là c'est coupable quand même quoi. C'est pas juste responsable. Enfin j'pense. Parce que y avait les moyens... à mettre des limitations, des ceintures... fallait juste avoir envie d'aller contre... contre le courant quoi.

Ouais.

470 Mais bon, on n'est pas dans le médical là.

Ouais là on est... on est sur du hors sujet. [Rires]

475 C'est hors sujet. [Rires] Mais ça fait rien.

Après non mais ça se ressemble, c'est un exemple qui aide à comprendre...

480 Coupable... coupable c'est faute. J'dirais. Et erreur c'est responsable. À la limite.

Peut-être là... ouais là j'suis plus convaincu.

T'arrives bourré, tu fais pas un diagnostic, ouais là t'es coupable. Franchement.

485 **Oui là c'est sûr. Et... et du coup ça nous amène à la dernière question. Enfin qui est... pareil, c'est une question qui a plusieurs branches. C'est quelles sont vos idées pour améliorer les choses...**

[Sifflement]

490 **... à l'échelle d'une population de médecins généralistes plus importante ? Alors déjà dans un premier temps par rapport à la prévention de l'erreur médicale. Et puis dans un second temps, par rapport à la gestion de l'erreur médicale également.**

495 Formation. Formation. Formation. Mais quand moi j'vois comment votre génération est formée par rapport à comme nous on a été formé, c'est... c'est des années lumières quoi !

C'est... c'est mieux maintenant ?

500 Putain ! J'me suis installé, j'avais fait un stage en rééducation fonctionnelle, deux stages gériatriques, deux stages en cardio, un stage en neurologie au CHU. J'avais jamais vu une otite, jamais vu une angine, euh... scandaleux quoi ! Scandaleux.

Ouais c'est vrai que nous ça nous paraît... ça nous paraît... ça nous paraît fou.

505 Et la génération juste avant... moi j'étais la première génération à faire l'internat de médecine générale, de deux ans, la génération avant moi ils faisaient un stage alterné, c'est-à-dire ils étaient un an externe, observateur, dans un service. Point. Après ton... ton DCEM4 quoi.

510 **Ils n'avaient pas d'internat.**

Rien. [Silence] Donc la... la formation oui bien sûr. Parce que... ben quand t'es mis en situation, c'est là où... c'est là où ça se passe quoi.

515 **Donc la formation pratique alors ?**

Oui, oui. Pratique, bien sûr.

La formation pratique.

520

La formation théorique... euh... tout le monde l'a. J'veux dire, vous savez... Moi j'vois les internes qui sont ici, putain, mais théoriquement vous savez plus de choses que nous quoi. C'est sûr.

525 **Mais c'est surtout cette formation pratique qui a un intérêt alors pour l'erreur médicale ?**

Bien sûr. Bien sûr. Sur le terrain. Après que tu... te formes un minimum... Moi quand j'ai fait mes études, le [inaudible : un mot] il n'existait pas. J'veux dire, il est apparu quand j'me suis installé, donc il a bien fallu que j'me forme quoi. Mais bon... les trucs avec [inaudible : un mot], y en a quand même pas tous les jours quoi. Après que tu te... si, la formation médicale continue, oui c'est obligatoire. Mais cet [inaudible : un mot] dont on parle avec les points, tous les cinq ans ou j'sais pas quoi, ça fait vingt ans qu'on en parle quoi. Et ça se met pas en place quoi. T'as des mecs qui font pas une formation médicale dans leur carrière quoi.

535 **Et qu'est-ce que... justement...**

C'est juste pas possible.

... mais comment on peut faire pour remédier à ça... vu que... ?

540

Avec le système de points... validant. Point. C'est tout. Moi j'vois pas autre chose.

Donc être... faire plus de contrôle et plus...

545

Oui. Et le mettre en place.

Mettre en place. Respecter le... les règles quoi.

550

La sécu fera jamais que tu seras radié parce qu'on a trop besoin de médecins, mais faire que ta consultation... au lieu d'être payée vingt-cinq elle soit payée vingt. J'peux t'dire que les mecs ils vont faire leurs formations d'abord. Vite fait, s'ils ont pas les points nécessaires. Après le problème de la formation... après ça se complique vachement quand tu entres dans les détails. Parce que moi j'ai vu, je vais aux formations de ce qui m'intéresse. Donc, dans des domaines où je suis plutôt meilleur que dans... les trucs qui m'intéressent pas.

555

Ah ça c'est sûr que ça biaise un petit peu.

Donc je deviens meilleur dans les trucs où je suis pas trop mauvais, et je deviens encore plus crade dans les trucs où je suis mauvais. [Sourire]

560

[Rires]

Mais comme j'ai conscience que je suis crade j'en fais pas. Donc ça va. Donc j'ai laissé complètement tomber la gynéco quoi. J'fais plus du tout de gynéco.

565

Voilà, ça, ça nous amène à ce... ce concept dont vous parliez tout à l'heure...

Oui. Absolument.

570

... de s'arrêter à ce qu'on sait faire.

A ce qu'on sait faire. Mais c'est vrai que j'me suis rendu compte que les formations, je faisais ce qui m'intéressait, donc là où j'étais plutôt bon quoi. Ce qui est pas forcément grave.

Et là vous parlez de formation théorique ? Pratique ? Ou les deux ?

575

Là c'est plus théorique j'pense.

Plus théorique.

580

Pratique ça va être... plus compliqué à faire quand t'es installé hein.

Et pour les formations pratiques, qu'est-ce qu'on pourrait faire de mieux ?

Pendant les études ou... ?

585

Pendant les études et éventuellement après ?

Pendant les études, surtout faire des... des stages dans des... dans des services validant... validant en médecine générale j'veux dire. Aller faire un stage en CHU en neurologie c'est bien. Tu fais des ponctions lombaires, j'ai fait une sta... une thèse sur l'intérêt de l'IRM dans les angiomes caverneux intracrâniens, c'est vachement bien. Zéro en pratique quoi. Zéro ! Quand tu penses qu'on s'est installé sans être passé en gynéco ou en pédiatrie. C'est... c'est juste impensable quoi. C'est juste impensable. Et après en pédiatrie, faudrait que ce soit des stages formateurs, donc il faut évaluer les formateurs. Parce que comme la... la pédiatrie et la gynéco se font dans notre ville, on n'est pas loin du scandale non plus. Moi quand j'pense que j'ai une urgence gynéco, que j'l'envoie... à l'hôpital, j'me dis « Putain, c'est un interne en médecine générale qui en sait... peut-être moins que moi... » [sourire de dépit]...

590

595

[Rires]

600

... et qui a pas... qui a un chef qui va l'envoyer chier... [Silence] J'pense que les... les stages hospitaliers il faut les limiter à... quoi urgences, pédiatrie, gynéco, point. C'est tout. Même la médecine interne... c'est-à-dire là j'en ai une qui était en médecine interne pendant six mois. C'est vachement bien, elle est incollable sur les anticorps anti j'sais pas quoi... euh... c'est bien. Mais dans sa pratique... dans cinq ans quand il faudra qu'elle fasse un diagnostic de maladie auto-immune, elle fera comme nous, elle enverra en médecine interne et puis... et puis voilà quoi. Donc c'est... c'est peut-être intellectuellement satisfaisant, j'veux dire... pour les mecs qui aiment ça quoi hein. Moi j'ai fait... pris un certain plaisir à faire ma thèse... genre faire de la grande science si vous voulez quoi. Mais ça n'a aucun intérêt pratique quoi.

605

610

En fait y a un décalage peut-être entre notre formation pratique et ce que la réalité... demande.

Oui. Et puis... Oui. Et puis surtout... le le fait que y a ce nouveau stage, parce qu'on va passer à dix ans *a priori* si j'ai bien compris. Euh... maintenant donc on va avoir quatre années et pas trois.

615

Ah ils vont rajouter une année ?

620

Ils vont ajouter une année apparemment ouais. Ouais. Et...

Maintenant que j'ai terminé ça me dérange moins. [Rires]

625 Le problème c'est que si c'est rajouter un an de main-d'œuvre pas cher pour les services hospitaliers, ça n'a aucun intérêt. Ça devrait même être combattu. Si c'est pour faire un an de plus chez les prat ou en PMI, ou quinze jours à la sécu, ou en stage... oui bien sûr.

J'espère que ce sera comme ça.

630 Ça, c'est pas gagné. Ceux qui ont le pouvoir dans les facs c'est quand même encore les doyens. C'est pas les mecs hein.

635 **On verra. C'est vrai qu'on en entendait parler de cette histoire il y a quelques années, mais je pensais pas que ça allait se mettre en place. On verra. Bon ben en tout cas c'est une idée intéressante, enfin c'est des idées intéressantes tout ça pour... vous êtes pas le premier à évoquer cette idée-là. Et... et du coup par rapport à la gestion de l'erreur médicale, une fois qu'elle est survenue, est-ce que vous avez l'impression qu'on est suffisamment armé ou...**

640 Non pas du tout ! Non, pas du tout.

... est-ce que vous avez l'impression qu'il y a des choses à faire pour améliorer ?

C'est démerde toi, t'es tout seul !

645 **[Rires] Ça aussi c'est pas la première fois que je l'entends.**

Et éventuellement ton avocat peut te conseiller sur le niveau juridique quoi. [Rires] Mais sinon...

650 **Mais... même par rapport au... alors y a y a... c'est sûr qu'y a l'aspect juridique. Y a l'aspect relationnel avec le patient, sa famille. Tout ça on en a parlé tout à l'heure. Et puis y a l'aspect aussi... émotionnel on va dire, psychologique, individuel.**

655 Mh. Santé du médecin.

Santé du médecin. Et par rapport à tout ça...

Mais y a pas de santé du médecin !

660 **Par rapport à tout ça... qu'est-ce qu'on peut faire pour améliorer les choses ? Ça, ça m'intéresse beaucoup...**

Alors moi j pense que ce serait intéressant qu'il y ait une médecine du travail du médecin.

665 **Une médecine du travail du médecin.**

Ah oui, ça j pense que ce serait intéressant, on préviendrait...

670 **Ça existe pas déjà ?**

Ça existe pas du tout. Y a rien. Y a rien. Mais il faudrait qu'elle soit obligatoire. Parce que si elle est volontaire, personne n'ira. Hein. Moi j'ai...

675 **Et qu'est-ce que... qu'est-ce que... cette médecine du travail permettrait d'encadrer, de surveiller ?**

Ah le le... le... l'état psychologique du médecin. [Petit silence] On est quand même des métiers à forte pression. J'dirais. Hein. Surtout quand tu prends ton boulot un petit peu à cœur, j'veux dire. Ça arrive quand même le soir que de temps en temps que tu... tu rumines un peu, j'veux dire hein. Sans que ça touche à la névrose, mais j'veux dire... moi y a que quand j'monte dans ma bagnole pour aller au golf que j'oublie totalement mon boulot quoi. Ou que je pars en vacances... voilà quoi. Et encore... faut pas que j'sois au bord de la plage à buller, parce que là t'as encore le temps de réfléchir, faut s'occuper quoi. Mais... le mec qui arrive à tout oublier en fermant la porte de son cabinet, il est quand même fort quoi. Il est quand même fort. Et... et donc, à la limite en prévention on pourrait presque mettre l'interdiction de l'exercice seul. A mon avis. Hein, vous avez vu comment ça fonctionne chez nous, on a... maintenant on est cinq. [Partie non transcrite dans un souci de confidentialité]

690 **Donc vous pensez que le fait d'être en groupe, c'est un moyen... c'est un moyen de gérer l'erreur médicale une fois qu'elle est survenue ?**

Et comment ! Y a une pause-café obligatoire... mais au moins, on se voit, on discute, euh... on s'rend compte que les autres ils ont les mêmes problèmes, les mêmes soucis, les mêmes errements. Euh... Tu peux... vider ton sac. Bon, il faut accepter que les autres vident son sac sur toi aussi de temps en temps. C'est donnant donnant.

[Rires]

700 Mais... ça fait qu'on valide quoi quelque part quoi, hein.

Ouais.

Et ça c'est important sinon... sinon tu rumines tes... tes... ton stress... tes angoisses, ou tu les ramènes à la bobonne... à bobonne à la maison quoi. Et donc ça... là y a un truc... qui va pas. Si tellement de toubibs picolent, prennent des ansiolytiques, machin etc. c'est... c'est qu'il y a eu un défaut en amont quoi. Y a quelque chose qui va pas en amont. Donc dans la gestion de l'erreur médicale, faudrait pas que le médecin soit seul quoi. Les... les pilotes d'avion à mon avis ils ont des entretiens psychologiques obligatoires tous les X années. J'pense hein.

710 **Vous pensez que par rapport à d'autres domaines, d'autres professions, on est... on est... on... on est plus à risque de faire des erreurs ?**

De péter un câble, j'pense qu'on est plus à risque oui. Et tu peux aussi faire une erreur parce que t'as péter un câble quoi. Hein. Le *burn-out* ça existe. J'pense que quand t'es en période de *burn-out* t'es quand même un peu moins efficace hein. [Silence] Moi mon infarct, j'pense c'était un... équivalent de *burn-out*. Parce que c'était sur des coronaires saines, avec un thrombus euh... à une période où j'étais complètement claqué, ou je récupérais plus et... J'pense c'est une forme de *burn-out*. J'ai un psoriasis qui est quand même une maladie plutôt psychosomatique, trois jours en réa cardio, j'avais plus de psoriasis. Le Stilnox que j'bouffais avant... sevré en trois jours en réa cardio. Alors que normalement en réa cardio, tu t'imagines

plutôt être comme ça... « Qu'est-ce qui m'arrive quoi ? » Putain, moi j'ai dormi pendant trois jours, j'étais heureux comme un roi... [rires]

[Éclat de rire]

725

... on s'occupait de moi, c'était merveilleux. [Rires] Ça m'est jamais arrivé dans ma vie.

Moi j'me souviens... c'était une période où j'préparais le concours de l'internat.

730

Mh.

Et... ouais j'devais être en cinquième ou sixième année de médecine, et à cette époque-là je travaillais en... en tant qu'infirmier à... à la prison de l'Elsau.

735

Mh.

Donc j'distribuais les médocs à... aux... aux détenus. Et je me souviens, y avait certaines fois où j'étais tellement... j'étais tellement stressé... j'étais tellement... par les stages, par les exams, par tout ça. J'avais tellement très peu... tellement peu de temps pour moi que... que j'en venais à jalouser les détenus qui étaient...

740

Peinards dans leurs cellules. [Rires]

... peinards dans leurs cellules à rien faire. Et je m'souviens cette pensée-là elle m'avait... Après, *a posteriori*, avec du recul, je me suis dit mais c'est quand même... mais c'est quand même fou qu'on en vienne là quoi.

745

Mh. Mais là... après... la réflexion suivante c'est « Merde, là j'suis arrivé à un point où il faut faire quelque chose ». Hein.

750

Oui, c'est sûr. [Rires] Et après... mais c'est... j'ai réussi à prendre du recul, à pr... à plusieurs reprises. Mais c'est vrai que... si on se laisse aller, si on se laisse aller, on perd vite pied.

755

Ouais. Et... et tu te laisses aller longtemps sans que tu sentes rien, et puis tu peux très bien perdre pied très très vite.

Mh.

760

C'est le principe de la goutte qui fait déborder le vase, quoi j'veux dire... c'est toujours pareil. C'était... un médecin qui bossait avec nous, qui a fait un vrai *burn-out*, mais... on l'a un peu vu venir parce qu'il était un peu... sur les dents etc... mais il nous a pété un câble mais du jour au lendemain quoi. Impressionnant. Et puis t'as un autre médecin du cabinet, alors elle c'est le même genre, hyper... hyper... empathique euh. Tous les soirs elle reste une heure à appeler les patients machin etc. Ça fait quelques années qu'elle est avec nous, j'comprends toujours pas pourquoi elle a pas fait de *burn-out*. Ça me paraît juste pas possible quoi.

765

Peut-être que c'est sa façon...

770

C'est sa façon d'être.

... c'est sa façon de... lutter contre son angoisse et contre...

Ouais, bien sûr. Bien sûr. Mais moi si j'étais comme elle, je serais en psy depuis longtemps.

775 **[Rires]**

Donc donc c'est... c'est là où ça se complique c'est qu'en plus c'est... c'est pas valable... la même chose pour tout le monde quoi. Hein.

780 **Oui oui, c'est ça.**

Mais c'est sûr que le fait d'être seul, d'avoir personne à qui parler de tes soucis, de tes angoisses, de tes stress, de tes machins... ça c'est... c'est catastrophique à mon avis.

785 **Donc vous vous pensez qu'il faudrait IMPOSER l'association, ou on va dire l'activité en... en association ?**

Ouais. Ou au moins des... des... des réunions ou des formations, ou des soirées, d'échange, entre... collègues quoi.

790

Pour parler des situations...

Ouais, et puis même pour... pour parler avec... avec les autres toubibs, de te rendre compte que t'es normal, que t'as les mêmes angoisses que tout le monde, que...

795

Et ça c'est dans quel but ? C'est dans le but de prévenir l'erreur médicale, ou de mieux gérer aussi le... ?

Ben les deux, parce que... en gérant la santé du médecin, ...

800

Mh.

... on peut quand même penser qu'un médecin en bonne santé il fait moins d'erreurs qu'un médecin en mauvaise santé.

805

D'accord.

Mais sinon, c'est la formation initiale, la formation continue, et j pense le psychisme du docteur. Parce que le mec qui est grande gueule, qui sait tout mieux que tout le monde, il est dangereux à mon avis quoi. Donc ça... y a personne qui peut l'dire avant. [Silence] Y a personne.

810

Très bien.

815 Mais médecine du travail pour des médecins, ça il faut... il faut arriver à trouver une solution.

[Fin de la transcription]

Entretien 12**Profil du participant :**

Code participant	12
Sexe	Homme
Age (ans)	33
Durée d'exercice (ans)	4
Zone d'activité	Rurale, Urbaine, ZFU
Mode d'installation	Association
Maître de stage	Non
Spécificité de l'activité	Urgence 24/7

Contexte de l'entretien :

Lieu de l'entretien	Bibliothèque Universitaire
Durée de l'entretien (mn)	39

Transcription de l'entretien :

Gras : Intervieweur
Normal : Interviewé
[...] : Paratexte

[Début de la transcription

L'erreur médicale, qu'est-ce que ça évoque en vous, quand vous entendez ces deux mots, « erreur médicale » ? Euh ça vous fait penser à quoi ?

5

Alors, pour moi, l'erreur médicale c'est, euh..., dans la pratique au quotidien, c'est plutôt une... alors une erreur de diagnostic, une erreur de traitement, une erreur de prise en charge au final. Ce qui peut arriver couramment, forcément, on n'est pas..., j'veux dire je sais pas tout, je gère pas tout comme... comme je devrais le faire. Et, ça peut m'arriver, ça m'est déjà arrivé ! Ça fait 10 cinq ans que j'exerce, au final. Quatre années de remplacement... trois ans et demi de remplacements, et puis une année en tant que médecin thésé. Euh ça m'arrive régulièrement de faire des erreurs de diagnostic, des erreurs de prise en charge. J'ai parfois des retours, dans mon activité j'ai pas forcément tout le temps des retours, c'est ce qui peut peut-être bloquer un peu mon évolution, ma formation. Mais, effectivement, oui ça peut m'arriver, régulièrement, 15 d'avoir des erreurs. En tout cas erreur médicale pour moi c'est erreur de prise en charge, erreur de diagnostic. Voilà.

D'accord. Et si vous deviez euh... faire une comparaison avec la faute... Pour vous ce serait quoi la différence entre l'erreur et la faute ?

20

L'erreur et la faute ? Alors, l'erreur pour moi... Je vais plus... Pour moi c'est plutôt quelque chose d'inconscient. Quelque chose que j'ai pas forcément voulu faire. La faute [hésitation]... alors je ne dirais pas que c'est conscient, mais... la faute c'est peut-être quelque chose que, dans ma façon de faire, quelque chose qui n'est pas adéquate, quelque chose qui n'est pas fait 25 dans les règles de l'art, en tout cas dans le domaine de la médecine. Je vois plus l'erreur comme

quelque chose de... d'inconscient et la faute quelque chose de faire quelque chose de manière consciente.

D'accord. [Toux] Et... est ce que vous y pensez ? A cette... au risque d'erreur médicale...

30

Tout le temps.

... dans votre quotidien ?

35

Tout le temps. A chaque visite.

Chaque visite, chaque patient.

40

Chaque visite. Et... vu que... enfin je fais beaucoup de visites, je suis vraiment dans la prévention. Je sais que quand je vais examiner un petit qui a de la fièvre, je peux passer à côté de certaines choses. Je sais que quand quelqu'un a une douleur à la poitrine... hier je suis allé voir un jeune de trente-et-un ans, douleur... il nous appelle pour une douleur thoracique, trente-et-un ans, c'est quelqu'un qui... qui n'est pas fumeur, sa mère a fait un infarctus à soixante-sept ans, bon je fais un ECG, il y a rien. Euh... ça fait pas névralgie intercostale, quand j'appuie ça lui fait pas mal, quand il inspire à fond ça lui fait pas mal. Il a déjà fait un bilan chez le cardiologue il y a un mois pour la même douleur. Rien. Pour autant, je peux faire une erreur, je l'ai laissé sur place. Effectivement, il peut faire un infarctus. Qu'est-ce que j'en sais ? J'ai fait un ECG, l'ECG est normal, mais... qui me dit que... que... il fait pas... un angor instable, avec un ECG normal, une troponine positive. Donc je sais consciemment en sortant de chez lui que j'ai peut-être fait une erreur en le laissant chez lui, et j'essaie de me prévenir, j'essaie de prévenir l'erreur, en lui disant « Si ça évolue dans la soirée, n'hésitez pas à me... à nous rappeler », je lui donne vraiment tous... toutes les conseils, toutes les consignes de surveillance. Mais je sais consciemment qu'en l'examinant, j'ai peut-être fait une erreur de... de choix, une erreur de prise en charge. Peut-être qu'un autre médecin aurait... automatiquement hospitalisé. Douleur thoracique, il s'casse pas la tête. Douleur thoracique qui est atypique, qui n'est pas majorée à la palpation, qui ne fait pas névralgie intercostale, il se pose pas la question, il hospitalise. Moi, j'ai peut-être fait une erreur, j'ai peut-être fait une erreur d'appréciation de la situation. C'est pas quelque chose de conscient, c'est quelque chose d'assez subjectif, on analyse une situation, peut-être que mon analyse n'est pas la bonne, peut-être que... probablement que mon analyse est différente d'un... d'un... d'un autre confrère. Mais... j'estime qu'à chaque visite je suis capable de faire une erreur. Chaque visite, chaque patient, n'est pas un cas classique où on aura vraiment le tableau tel qu'on le retrouve dans les bouquins. Euh... c'est la plupart du temps des tableaux différents les uns des autres. Donc forcément, à chaque visite, on peut faire des erreurs. Et puis... et puis voilà quoi.

65

Donc votre façon d'y penser finalement euh... au quotidien à chaque visite, c'est... c'est d'avoir le doute ? C'est d'avoir ce doute.

Toujours, toujours !

70

Vous pensez que si vous n'avez plus ce doute, c'est comme si vous ne...

Exactement !

75

... ne pensiez plus à l'erreur.

Faut pas oublier une chose c'est que nous quand on va voir des patients, c'est un tableau clinique. Je n'ai NI examens complémentaires à ma disposition, NI prise de sang et examens biologiques, donc forcément mon avis il sera essentiellement basé sur la clinique. Après, s'il y a une erreur derrière ou pas, j'espère juste que le patient sera assez clairvoyant et il arrivera à juger si sa situation se dégrade ou pas. Je compte essentiellement là-dessus. C'est sûr que... à un temps T, moi quand j'examine le patient, il peut être... il peut avoir un état clinique plutôt stable, ça peut évoluer dans le temps, moi je ne suis plus là, je pars. Donc euh je laisse effectivement cette possibilité au patient de nous rappeler en fonction de son état clinique. D'ailleurs je préviens toujours... le patient que... moi avec mes seules mains, mes seules... enfin mes yeux, euh... mon auscultation, mon examen clinique, j'ai la possibilité de passer à côté de certaines choses. Je le dis toujours ! Je dis toujours que « Oui effectivement, je vous examine, maintenant à côté de ça je vous examine seulement avec mon stéthoscope, mon marteau réflexe, un tensiomètre et je n'ai pas d'examens complémentaires à ma disposition, donc forcément il peut y avoir des erreurs derrière ». Je le dis assez régulièrement au patient.

90

Vous disiez tout à l'heure que... que... que vous avez... que vous avez votre propre expérience de l'erreur médicale et... en tout cas on voit que vous y pensez dans votre pratique. Émotionnellement, comment vous arrivez à gérer... tout ça ?

95 Compliqué. Alors j'avais une fois... alors je sais qu'il faut pas trop raconter... enfin... nos histoires, par lesquelles on est passé, mais... notamment une patiente que j'étais allé voir pour un dé-sondage. Une dame qui était sondée... dé-sondage... du coup j'y vais, je l'examine. Alors effectivement, en globe, enfin pas totalement un globe mais... je pense qu'il y avait au moins trois-cents cc dans la vessie. Et du coup elle était algique. Je veux lui reposer la sonde. Je la lui repose. Le problème c'est que la sonde... la dame ne s'est pas laissé faire, elle s'est dé-sondée. Au moment où j'ai voulu gonfler le ballonnet, elle se dé-sonde. Je réessaie une deuxième fois, je n'y arrive pas. Et là et bien elle s'est crispée, elle est dans son lit. J'ai fait... tout ce qui est... tout ce qui est désinfection en trois temps. Tout a été fait. Le problème c'est que je l'hospitalise, et la dame est re-sondée... alors en clinique, et puis elle fait une infection urinaire derrière. Bon. 100 J'avais l'habitude de sonder. Euh j pense qu'effectivement après coup j'aurais peut-être... dû plutôt l'hospitaliser et ne pas tenter un sondage à la maison avec les conditions que... que peuvent être une prise en charge à domicile. Donc après coup je me suis rendu compte que j'ai probablement dû faire une erreur... une erreur de prise en charge. Alors les conclusions par la suite... je me suis un peu remis en cause et effectivement... je pense, qu'avec le temps, je 105 pense... par la suite en tout cas, dans mes prochaines prises en charge, quand il s'agira d'un dé-sondage ou d'une remise en place d'une sonde, j'analyserai la situation, le contexte. La dame, qui plus est avait une démence donc... pas facile. Mais clairement, en fonction du contexte, je m'abstiendrai.

115 **D'accord.**

Mais effectivement, oui... pour vous dire que... au final... pour vous dire que... au final, oui effectivement l'erreur médicale, ça arrive au quotidien, j pense que ça arrivera encore jusqu'à la fin de ma carrière. Et... et je ne sais pas si j'arriverai... Je pense qu'à chaque... à chaque... 120 à chaque erreur médicale, j'apprends, j'apprends de chaque erreur. Maintenant, faut pas que ce soit au dépend du patient.

Donc ça c'est l'anxiété par rapport au patient ? Si j'ai bien compris.

125 Oui.

Et qu'en est-il par rapport... à vous ? Par rapport à... à votre propre personne ?

Alors... [silence]

130 **Je sais pas si vous avez compris ma question ?**

Non, j'ai pas compris.

Euh... par rapport aux répercussions de vos erreurs sur votre propre personne ?

135

Ah ! Alors forcément ! Je vais... j'veis... j'veis peut-être me mettre un peu plus de barrière. Par exemple quand il s'agira... quand je verrai qu'une visite concernant une dame qui est dé-sondée, oui effectivement je vais me rappeler d'ma... d'ma situation clinique. J'aurai un peu plus de... alors je vais pas être angoissé non plus, hein je... enfin j'ai l'habitude de... de sonder, 140 sauf qu'effectivement avec l'erreur médicale qu'il y a eu parce que derrière il faut savoir que... la dame a porté ça au sein de l'Ordre, donc forcément ça crée... ça crée une remise en question, et donc forcément à chaque fois que je vais avoir une dame qui s'est dé-sondée, pour un problème de sonde urinaire, comme ça arrive souvent, je vais me poser certaines questions. Je vais me remémorer la situation. Ça va créer forcément une sorte d'angoisse chez moi.

145

D'accord.

Ça va créer une sorte d'appréhension. Je vais... je vais pas être comme si j'allais voir quelqu'un qui a de la fièvre, vous voyez. Forcément, il y aura une position un peu plus... [silence] Il y 150 aura un état un peu plus anxieux.

D'accord. Et... et par rapport à la relation médecin malade ?

155

Alors, euh... on va dire que, par rapport à cette situation clinique, pour en revenir, c'est vrai que... j'ai pas vraiment apprécié la manière de faire de la patiente. Enfin en tout cas de... de l'entourage. Ça a pour autant pas changé ma relation avec le patient et... et moi-même, je reste... enfin... je vois énormément de monde. Je pense que je dois voir au moins deux-mille patients par an, donc forcément ça peut arriver, l'erreur médicale arrive. Pour autant, chaque patient est différent, chaque patient qui va vivre une de mes erreurs médicales ne va pas réagir 160 de la même manière. Je... Ça n'a pas changé au fond ma relation avec le patient. En sachant que, mon erreur, effectivement elle a créé une infection, derrière ça s'est arrangé. C'est sûr que s'il y avait eu une infection, une prise en charge avec un sepsis derrière, une réanimation, enfin... une erreur qui aurait eu plus de conséquences, je pense que ça aurait effectivement eu un impact sur ma relation médecin malade.

165

D'accord.

170

Pour le moment ça n'a pas été le cas. Mais... j'imagine que pour d'autres confrères qui ont dû vivre des erreurs médicales avec des conséquences plus importantes, ça peut effectivement 175 changer la relation médecin malade. Moi j'avais... je connais un médecin qui... euh... qui a vécu un décès... qui a vécu un décès, et du coup... [silence] pendant le mois qui a suivi le décès, avec une erreur médicale derrière, euh... ben s'était arrêté. Elle n'osait plus examiner de patients. Elle a repris progressivement, mais... j'imagine que... forcément, derrière une erreur médicale, plus ou moins, la conséquence... ça peut effectivement créer une anxiété, une angoisse, chez le médecin. Le médecin ne sait pas tout. Le médecin... le médecin peut se

tromper. C'est ce qu'il faut... c'est ce qu'il faut se dire. Et il faut savoir reconnaître son erreur. Après... je peux comprendre aussi la réaction du... du... du patient. Voilà.

180 **D'accord. Et du coup, est-ce que vous, vous vous sentez armé euh... dans... ben dans votre pratique, par rapport à ce risque... de faire des erreurs médicales euh et puis aussi par rapport aussi aux difficultés... euh de... on va dire de... d'affronter toutes les conséquences de ces erreurs ? Parce qu'il y a... il y a l'erreur médicale... mais bon des fois l'erreur médicale, on n'y peut... pas grand-chose, et... après il y a la gestion aussi des conséquences de cette erreur. Est-ce que vous, vous avez l'impression d'être armé face à tout ça ?**

185 Alors, je pense que je le suis de moins en moins.

190 **De moins en moins ? C'est pas de plus en plus ?**

190 Non. Pas de plus en plus. Alors, en sortant de mon internat, j'étais... j'avais les recommandations bien fraîches dans ma tête, mon... mon vécu à l'hôpital, donc forcément je me sentais armé. Euh... C'est vrai que quand on passe de situations compliquées à l'hôpital à... des situations de la vie de... d'la vie d'un... d'un médecin généraliste classique, euh on sent qu'il y a une petite différence. Je me sentais armé en débutant mes remplacements. Avec le temps... c'est vrai que... je ressens une certaine routine, une certaine habitude dans ma pratique, ce qui est pas bon. J'ai... j'ai clairement une remise en question de mon activité, de ma prise en charge des patients. Je sais que depuis que je me suis installé, je n'ai fait aucune formation continue. Je me suis un peu... j'me j'me... j'me suis un peu habitué à ma à ma... à ma vie de médecin généraliste, à ces situations classiques en fait, clairement. Je pense qu'il faut un peu que je me remette en question. Et des fois il faut des épreuves, comme des erreurs médicales, pour se remettre en question.

200 **Bon ça ne fait qu'un an.**

205 Ça fait qu'un an, mais... quand je compare à d'autres médecins, je vois bien que... eux, ils vont aux formations médicales continues, eux sont abonnés à des revues médicales, eux... eux font des... des... c'est des... non c'est des... comment ça s'appelle les soirées ?

210 **Les échanges entre pairs ? Les groupes de pairs ?**

215 Les échanges entre pairs. Le problème chez nous, en tout cas au sein de notre cabinet d'association en particulier, c'est vrai que... on a essayé de mettre en place des formations médicales continues avec une formation médicale continue tous les six mois. J pense que c'est pas assez. J pense qu'il faut pas que je compte sur mon cabinet d'association pour me former. Il faut que je me forme de moi-même. Alors, j'me rappelle quand je bossais... je bossais à la fac, j'me disais tout le temps que moi... MOI je vais être un modèle, MOI je vais réviser régulièrement mes cours. Rien du tout. Je pense que la dernière fois que j'ai dû ouvrir mon bouquin c'était y a... deux trois mois, pour voir un peu les cas de cardio. Alors que je pense que ça devrait être régulier. Je pense que régulièrement on doit se mettre à... à la page avec les recommandations. Donc je pense qu'actuellement je suis pas armé. J'espère ne pas... devoir arriver à faire une erreur médicale avec des conséquences qui peuvent... qui peuvent être plus ou moins importantes pour... euh... ben pour devoir me former quoi. Mais j pense qu'il faut pas que je compte QUE sur mon expérience à l'hôpital, QUE sur mon enseignement à la fac pour... pour me sentir armé. Il faut clairement que... que j'y mette du mien quoi, que j'me

forme. Effectivement, faut que je continue à me former. Parce que la médecine évolue, la pratique évolue... la prise en charge du patient évolue. Le patient lui-même évolue. Et certaines maladies qu'on ne retrouvait pas avant, qu'on retrouve actuellement. Et certaines maladies auxquelles on n'était préparé, auxquelles on n'était pas formé, qu'on peut retrouver
230 actuellement. Donc forcément, ne serait-ce que là j'ai eu un cas de rougeole... alors effectivement moi la rougeole j'en avais jamais vu auparavant, mais je pense que si je m'étais formé, si je m'étais... préparé à rencontrer des cas de rougeole, effectivement, j'aurais pu effectivement ne pas passer à côté de certains cas.

235 **D'accord. Alors vous parliez tout à l'heure de... du fait d'être systématique quand vous préveniez certains patients... que vous pouvez vous tromper, de la nécessité de rappeler, etc. Vous parliez aussi de la nécessité de faire des formations continues. Donc, moi ce que je voulais vous demander maintenant, c'est quels sont... vous, les moyens que vous mettez en pratique... quel est un peu le panel de tous les moyens que vous mettez en pratique
240 dans votre exercice... dans l'exercice médical, pour... pour prévenir justement ce risque d'erreur médicale et pour prévenir aussi les conséquences de l'erreur médicale ?**

Alors, ce que je fais, au quotidien en tout cas... je le fais assez régulièrement, quand je... alors chez nous dans notre cabinet, forcément on a le motif hein de la visite... euh ce que je fais...
245 j'ai... alors j'ai un bouquin qui répertorie à peu près tous les... tous les cours de médecine, que ce soit de la pédiatrie, de la cardiologie, de la pneumologie. J'ai tendance à... surtout chez les enfants... quand je vois des visites assez particulières... on peut voir éruption. La dernière fois j'ai eu éruption, œdème... main, pied. Bon... ça m'évoque pas grand-chose au début, en tout cas plus grand-chose. Et ce que je fais, c'est que j'ouvre mon bouquin avant d'aller à la visite...
250 j'ouvre mon bouquin et je regarde dans les éruptions cutanées. Et... effectivement ça me rappelle le cas de la maladie de Kawasaki, avec œdème des mains, des pieds. Et donc je relis un peu le cours, parce que oui effectivement je veux être un peu préparé à ce que je vais peut-être voir. Alors je me rends compte qu'au final c'est pas... y a pas d'œdème des mains, des pieds, c'était plus une interprétation des parents... C'est un syndrome pied main bouche, un
255 classique. Mais effectivement, pour prévenir une erreur, pour essayer de ne pas passer à côté de certains diagnostics, surtout que la maladie de Kawasaki ça peut être grave, en termes de prise en charge, j'essaie de relire un peu mes cours. Ne serait-ce que... qu'aller... y a par moments où je suis chez un patient... effectivement souvent le côté dermato, qui peut être un peu... des fois pas à jour. Je vais... ouvrir... j'ai rangé dans mon téléphone une base de données avec la
260 majorité des éruptions chez l'enfant. Je vais les ouvrir chez le patient, dans son domicile et je vais revoir. Je vais revoir. Je vais même par moments aller sur image Google, ça peut paraître bête. Mais je le fais, j'ai aucune honte à le faire, parce que je ne sais pas tout et je peux passer à côté de certaines choses. Je préfère le faire chez le patient, prendre plus de temps, et... et puis revoir certains... certaines maladies, pour éviter l'erreur médicale chez le patient.

265 **Et ça c'est à chaque...**

Pas tout le temps. Non

270 **C'est... quand y a un doute ?**

Quand y a un doute.

275 **D'accord.**

Notamment, euh... Oui ça m'arrive de voir des purpuras, par exemple, chez un enfant. Oui je vais me poser la question de savoir si c'est un purpura idiopathique, thrombopénique, ou... si c'est un purpura infectieux. Donc forcément, y a des moments où on peut avoir un doute. Je sais pas tout. Forcément, un enfant qui a une angine, c'est pas compliqué. Euh... un enfant qui a des... des symptômes... plutôt... plutôt rares, qu'on n'a pas l'habitude de voir de manière courante, oui effectivement je vais me remettre en question. Je vais essayer de revoir le cours un peu juste avant ou au domicile du patient si j'en... si je juge que c'est nécessaire.

D'accord.

285 Dans l'intérêt du patient, forcément.

Et ce bouquin dont vous parliez, c'est un bouquin... euh... électronique, ou bien c'est... ?

290 Non, c'est... alors c'est mon bouquin que j'avais utilisé à mon internat. Alors, je ne me souviens plus du nom, faudrait que je revoie... mais c'est un bouquin assez connu, où... ça répertorie toutes les prises en charge des patients, sans les recommandations, forcément.

D'accord.

295 Mais... une autre situation clinique... La dernière fois j'ai un patient qui arrive pour une urétrite. Je ne me souviens pas du traitement. C'est pas quelque chose que je vois régulièrement. Et l'urétrite... je regarde les recommandations pour éviter l'erreur médicale. Et effectivement, je vois que c'est la ceftriaxone, doxycycline, plus aminoside. Quelque chose que j'avais oublié.

D'accord.

300 J'avais oublié effectivement... la prise en charge, le traitement. Et le traitement d'ailleurs a changé *a priori*, récemment, sur le temps et la durée de traitement. Je l'ai fait devant le patient.

D'accord.

310 Je lui ai dit. Je lui ai dit « Écoutez faut que je revoie les recommandations, j'en suis plus sûr ». Je pense pas qu'il l'ait mal pris. Je pense qu'il préfère qu'on lui dise que... on n'est pas clair sur certaines choses, qu'on n'a plus l'habitude de voir certaines choses, moi notamment l'urétrite chez... chez cette personne-là, effectivement j'avais plus l'habitude. J'allais pas mettre de l'Augmentin comme tout le monde. Enfin, comme ce que je sais faire... enfin j'allais pas mettre de l'amoxicilline comme ce que je sais faire dans une cystite chez une femme, alors que je sais très bien que dans une urétrite il y a une prise en charge différente. Avec les prélèvements, et puis le traitement qui suit derrière. Donc là, pour le coup, pour éviter mon erreur médicale, j'ai préféré regarder.

Donc vous, vous pensez que... assumer ce doute devant le patient...

320 Il faut !

... ça rassure le patient ?

325 Ça peut rassurer le patient. Je pense que... un patient, il a... il a pas de problème, il a pas de mal à voir un médecin ouvrir son Vidal pour revoir les posologies, revoir la durée de traitement. Je veux dire... le patient il est pas bête. Il sait très bien qu'on sait pas tout.

D'accord.

330 Et j pense qu'il sera beaucoup plus rassuré par un médecin qui... reconnaît ses faiblesses et cherche à combler ses faiblesses, que ce soit devant lui ou euh... ou en formation médicale continue, plutôt qu'un médecin qui va... qui va faire une prise en charge par habitude, sans réellement chercher les dernières recommandations, sans réellement chercher euh la prise en charge adéquate.

335

D'accord. Et, est-ce que vous avez l'impression que depuis... qu'en faisant de cette manière-là, c'est-à-dire en assumant votre doute devant le patient, en n'hésitant pas à vous renseigner sur votre téléphone ou dans votre bouquin, est ce que vous avez l'impression que vous arrivez à diminuer le risque de faire des études médicales... euh
340 **des erreurs médicales...**

Oui ! oui, oui.

**... dans votre quotidien ? Vous sentez quand même qu'il y a une amélioration entre...
345 entre ces moment-là et puis les autres où vous ne vérifiez pas et vous ne...**

Non clairement. Même si... Alors j'ai aussi d'autres choses... Je vais ouvrir le... J'ai oublié d'en parler, mais effectivement j'ai... j'ai facilement accès aux... j'arrive facilement à accéder aux spécialistes. Que ce soit pour des problèmes ophtalmo, des problèmes ORL, j'ai... j'ai le
350 spécialiste, l'interne de garde, le sénior de garde. Pour des ECG, où... j'ai peut-être... un doute sur l'interprétation, j'ai aucun problème à prendre une photo... on a la possibilité d'avoir des technologies qui sont assez avancées à l'heure actuelle, j'ai aucune... aucun problème à prendre une photo, que ce soit d'une éruption cutanée, d'un ECG, ou avoir l'avis sur des symptômes euh de la part des différents spécialistes à l'hôpital. Ils sont là pour ça ! J'estime que ça peut
355 m'éviter certaines erreurs, donc voilà. La dernière fois j'avais aussi une dame qui vient en consultation à deux heures du matin pour... pour euh... alors, elle parlait d'une oppression respiratoire. Trente-cinq ans. Il se trouve qu'il y avait des ondes T négatives en euh... V4 et V5, mais isolées. Bon, alors moi spontanément, franchement je l'aurais pas hospitalisée. Elle était jeune, aucun facteur de risque cardio-vasculaire, et... à la fin... alors je l'examine et tout...
360 j'suis pas sûr de moi, du coup j'appelle le cardiologue de garde. Lui, aucune hésitation, il faut l'hospitaliser. Heureusement que j'appelle parce que je pense que si je l'avais pas fait, je l'aurais peut être laissé rentrer à la maison avec le risque qu'il y a derrière. Donc oui, j'ai... facilement accès... enfin j'ai cette facilité à... à revoir certaines données dans la littérature, à... appeler les différents spécialistes. Et je pense que, effectivement, cette manière de faire, j'dis pas que c'est
365 la meilleure, mais je dis qu'en tout cas elle est adaptée à moi et... j'en ai besoin dans mon activité au quotidien.

D'accord. Donc là, le fait de pouvoir compter sur des...

370 C'est rassurant !

... sur des collègues et puis des... des confrères spécialistes...

Ouais, bien sûr ! C'est totalement rassurant.

375

Mh, mh.

Non non, c'est rassurant. Comme j'le répète, on sait pas tout. On est capable de passer à côté de certaines choses, donc si on a certains moyens, autant les utiliser pour éviter ces... ces erreurs médicales. Et en plus de ça, c'est bénéfique pour le patient. Au fond, ce qu'il faut rechercher c'est... euh le bénéfice, pour le patient. Son égo je pense qu'il faut le mettre de côté. J'ai aucun problème à dire « Je ne sais pas, j'appelle le spécialiste », à un moment donné on ne sait pas tout. Mais je pense clairement... j'appelle régulièrement le spécialiste devant le patient. Je pense que ça le rassure, le patient. Forcément... la dernière fois j'avais une dame qui vient pour un œdème au niveau palpébral, et elle me dit qu'elle a l'œil rouge qui est un peu douloureux. Oui, ça peut être seulement une conjonctivite, une blépharite... Mais non ! Si ça se trouve c'est quelque chose de plus urgent. L'ophtalmologue de garde me dit « Non, adressez la moi par mesure de précaution ». Je l'adresse. Je préfère avoir l'avis du spécialiste qui est beaucoup plus calé, qui va gérer plus de situations dans ces domaines, plutôt que me risquer à une erreur médicale.

380

385

390

D'accord. D'accord. Et... Là ça fait pas mal de moyens que vous utilisez... qui semblent assez... de ce que vous racontez, qui semblent efficaces. Et pourtant, ce que vous m'avez dit au début c'est que plus vous avancez et plus vous avez l'impression d'être faible par rapport à ce... et désarmé par rapport à ce risque.

395

Tout à fait.

Est-ce que vous arrivez à expliquer ?

400

Alors, il y a... il y a le côté... assez instantané où j'arrive chez le patient, j'me pose des questions, je vais vérifier. Mais, faut pas oublier qu'à côté de ça moi j'ai une vie au quotidien. Et dans cette vie au quotidien, j'pense qu'il faudrait que je laisse plus de place à ma formation médicale continue. Je veux dire, là récemment il y avait une formation sur les néphropathies. Alors effectivement, on n'en voit pas souvent, mais ça peut m'apporter un plus. C'est sûr que quand je vais chez le patient, je vais pas regarder les néphropathies. Forcément, je vais tomber rarement sur un cas de néphropathie. Alors que... l'hôpital proposait une formation sur la néphropathie, j'aurais pu accéder... par manque de place j'ai pas pu y aller. Mais... oui j'pense qu'il faut que je m'implique plus sur tout ce qui est formation médicale continue, formations sur d'autres domaines, ça peut être de l'homéopathie, ça peut être de la médecine humanitaire, de la médecine de catastrophe. Là j'suis assez intéressé sur... sur des... la médecine humanitaire. Oui, j'essaie de me pousser à faire cette formation. C'est un DU qui dure sur un an. Ça peut m'apporter plein de... pas mal de... de... ça peut m'apporter un plus, du savoir. Ça peut m'apporter de la théorie en plus. Et j'pense qu'il faut que je me pousse à faire d'autres formations.

405

410

415

D'accord. Est-ce que vous pensez qu'il existe un vide dans ce domaine-là... dans le domaine de tout ce qui est erreur, erreur professionnelle, dans notre spécialité à nous, la médecine générale ? Si on devait comparer avec d'autres spécialités, si on devait comparer aussi peut-être avec d'autres professions dans d'autres domaines... ça peut être euh... dans l'ingénierie, dans... dans l'agro-alimentaire, ça peut être dans d'autres domaines. Est-ce que vous avez l'impression que dans notre spécialité de médecine générale, il existe un vide ?

420

Alors, j'pense pas que... j'ai... j'ai pas cette impression-là. J'pense que j'ai pas assez de recul.
425 Notamment sur l'erreur médicale. Alors, peut-être qu'il n'y a pas assez d'études, alors c'est
bien que vous fassiez une thèse sur l'erreur médicale. Je pense qu'effectivement ce soit peut-
être... ça devrait être surtout... notamment l'erreur médicale, il y a quand même plus de
conséquences chez un être vivant que... sur une machine ou une erreur chez un ingénieur, enfin
j'pense que... oui effectivement j'pense qu'il faut...

430

Ça dépend si la machine c'est un avion ou si c'est... [rires]

[Rires] C'est sûr. Mais là on parle quand même d'une prise en charge, d'un patient, d'un être
humain. Forcément qu'on aura plus de responsabilités. Donc j'pense qu'effectivement à l'heure
435 actuelle, il y a peut-être pas assez d'études, pas assez de travaux sur l'erreur médicale. Je pense
qu'effectivement il faut que... il faut que... que notre formation soit un peu plus focalisée sur
l'erreur médicale. Moi je regarde... ma formation à la fac... jamais on a évoqué l'erreur
médicale. Moi... pendant mon cursus... dans mes souvenirs, je ne me souviens absolument pas
de cours qui concernaient l'erreur médicale. Je sais pas si pour vous c'était le cas. Mais en tout
440 cas pour moi non. Je pense qu'effectivement dans notre formation, dans notre cursus, il faut
que... euh... la faculté accentue son enseignement sur l'erreur médicale. Il faut qu'elle nous
prépare à ça. Même le côté psychologique. Le côté remise en question derrière. On n'est
absolument pas préparé à... faire une erreur médicale, et en assumer les conséquences derrière.
Je veux dire, une fois qu'on est thésé, une fois qu'on est remplaçant, on est lâché dans la nature.
445 On fait les remplacements comme on peut les faire. On gère comme on peut le... comme on
peut gérer. Le médecin généraliste te laisse son cabinet, et puis c'est tout. A vous d'assumer
s'il y a une erreur médicale derrière. Le médecin généraliste ne vous dit pas fais attention à ça,
fais attention à ci. Non. Il vous laisse ses patients. Il vous laisse son cabinet. A vous de gérer.
Mais... j'pense qu'effectivement, en tout cas dans le côté médical, je sais pas pour le côté
450 ingénierie, euh tous les autres cursus, mais j'pense qu'effectivement l'erreur médicale...
j'pense qu'il doit y avoir un peu plus de... de recherche là-dessus. En tout cas notamment dans
le domaine médical. Et encore une fois par rapport aux autres spécialités dans la médecine, je
pense qu'ils vivent tout autant d'erreurs médicales. J'ai un ami qui est anesthésiste. Il m'avait
raconté certaines situations, où lui ça lui arrive d'avoir des erreurs médicales. Je crois que...
455 dans mes souvenirs... un médecin classique, tout confondu, généraliste, spécialiste... alors...
chacun des médecins subit pratiquement autant en moyenne de de procès. Qui dit procès, qui
dit souvent erreur médicale derrière. Je sais pas si y a eu des stat, je pense pas qu'il y ait eu des
stat sur les erreurs médicales, je pense pas que les assurances font des statistiques, ou l'ordre
des médecins. Mais, je pense que... on voit tous à peu près autant de patients l'un que l'autre,
460 enfin... dans notre activité. Donc je pense que l'erreur médicale, elle peut arriver à n'importe
qui. Peu importe la spécialité.

**D'accord. Et est-ce que vous... est ce que vous auriez quelques idées euh... à... mettre en
place, vous savez, à l'échelle d'une population globale de médecins généralistes, pour
465 réduire ce risque d'erreur médicale et pour réduire aussi leurs conséquences ?**

Oui. Alors, j'pense que les instances, comme l'Ordre des Médecins, j'pense qu'ils devraient un
peu plus accentuer leurs formations sur l'Ordre des Médecins... sur le... domaine médical. J'ai
pas l'impression que ce soit le cas. J'ai jamais eu de courrier de la part de l'Ordre des Médecins
me proposant une formation médicale. Je... je pense, effectivement, que... comme je disais tout
470 à l'heure, la faculté et les instances auxquelles on a un devoir de... on a un devoir de...

Auxquelles on est lié.

Comment ?

475

Auxquelles on est rattaché...

Exactement ! On a vraiment un lien assez direct. Je pense qu'effectivement ces instances-là doivent nous imposer une formation médicale.

480

Et vous pensez que ça, c'est pas fait ? Vous pensez que... En fait...

Non c'est pas fait ! Non ! Ça fait un an, j'ai fait aucune formation médicale.

485

Y a pas de contrôle.

Non. Et, j'veux quand même rappeler que... alors effectivement je ne pousse pas assez à faire des formations médicales continues, mais quand j'ai voulu accéder à certaines formations, c'est complet assez rapidement. Surtout que ces formations médicales souvent elles sont rémunérées. Ça va attirer peut-être certains... certains médecins plus que d'autres. Et... clairement, les formations médicales sont... saturées assez rapidement. Il y a pas de place pour tout le monde. Il faut être... il faut être assez réactif. Donc oui je pense que... le ministère de la santé, l'Ordre des Médecins, enfin... le ministère de l'éducation avec la faculté, je pense qu'effectivement il faut qu'ils nous imposent des formations médicales. Parce que comme dit, la majorité des médecins se plaignait dans leur... dans leur... dans leur activité. On prend forcément des habitudes. Euh... et... donc forcément, qui dit prendre des habitudes, dit forcément... une possibilité de plus d'erreurs médicales.

490

495

500

D'accord. Et à part cette idée, que je trouve bonne d'ailleurs, euh... est-ce que vous penseriez à autre chose, qui n'existe pas encore ou qui... qui existerait mais qui serait pas encore généralisée chez les médecins généralistes ?

Alors, pour ma part, pour mon activité à moi, je trouve que... forcément on voit des patients dans des situations, on les examine, on a une possibilité de les hospitaliser. On n'a pas assez de retours. Forcément, qui dit pas assez de retour, on sait pas au final le nombre d'erreurs qu'on fait. Et en tout cas on sait pas si on en fait beaucoup, ou pas beaucoup. On sait pas les conséquences qu'il y a derrière. Je pense qu'effectivement... fut un temps quand je me suis installé, en tout cas pour mon activité à moi, je sais pas je pense que pour les médecins généralistes classiques, ils ont peut-être pas ce problème là, mais pour nous en tout cas, quand je me suis installé, la première année je voyais assez... de manière assez importante, des retours, soit par les urgences, pour des urgences... de certains... de certains patients. Euh... oui effectivement, je pouvais me remettre en question, je pouvais voir si j'étais... je m'étais trompé dans mon examen clinique. Peut-être que quand je l'ai envoyé pour un motif, et bien il en est ressorti un diagnostic différent. Peut-être que je l'ai envoyé pour une fièvre, au final il en était ressorti pour... j'en sais rien moi euh un autre diagnostic. Oui effectivement, ce problème là... Après je pense que les urgences n'ont peut-être pas assez de temps, ils sont peut-être pas assez bien organisés, mais je pense que dans notre pratique et pour diminuer la proportion d'erreur médicale, il faut qu'on ait des retours pour se remettre en question. Et, je pense qu'à l'heure actuelle, c'est... le nombre de retour est assez faible.

505

510

515

520

Et en pratique, ces retours ils s'organiseraient comment ? Ce serait...

525 Courriers ! C'était comme ça initialement. L'envoi de courrier. C'est vrai, alors peut-être que moi aussi je devrais faire aussi peut-être plus l'effort de... d'appeler le service. Je le fais pas. Effectivement je pense qu'il doit y avoir un effort de ma part... et puis du service dans lequel le patient est adressé.

Donc là les courriers ne reviennent pas forcément ?

530 Non. Il y a par exemple des patients chez qui... je vais... pour certains symptômes, vertiges notamment, je vais avoir certains spécialistes qui vont m'adresser systématiquement des courriers, d'autres non. Et... c'est bien d'envoyer le courrier au médecin généraliste. Je pense que c'est le plus important parce que c'est lui qui suit le patient. Mais je pense qu'il ne faut pas nous oublier nous, surtout que souvent, on les adresse. Moi, j'ai... j'ai facilement euh... j'ai...
535 c'est vrai que j'ai cette facilité à adresser un patient pour certains symptômes, notamment les vertiges, les douleurs thoraciques, les palpitations. J'estime que j'ai le droit d'avoir un retour.

Mm. Oui c'est vrai que...

540 Et c'est pas tout le temps fait. Il y a certains... encore une fois, il y a certains spécialistes, je vais pas les nommer, mais qui envoient systématiquement des courriers.

Oui, c'est vrai. Après il y a le... il y a le... c'est vrai que c'est comme... comme... comme vous l'avez rappelé, la place du médecin généraliste, qui souvent est médecin traitant d'ailleurs en plus, elle peut être centrale dans la prise en charge du patient, et... et du coup, le fait qu'il soit au courant...
545

Exactement.

550 **... de le mettre au courant, est important. Et elle d'autant plus centrale ces derniers... ces dernières années... que la place du médecin généraliste a pris, a pris on va dire une place d'autant plus importante depuis que le médecin traitant est devenu une obligation entre guillemets.**

555 Oui exactement.

Est-ce que vous, vous avez l'impression que ça change quelque chose par rapport justement à cette gestion du risque d'erreur médicale ? Ou... pour vous ça ne change rien en particulier ?
560

Le fait qu'il ait une place prépondérante ?

Une place centrale, oui. En termes de risque, de responsabilité...

565 Forcément. A partir du moment où on passe, à partir du moment où tous les patients doivent d'abord passer par le médecin généraliste pour avoir accès à un avis d'un spécialiste, forcément, avec le nombre de patients à voir, avec le nombre de visites qui ont dû se multiplier, forcément le nombre d'erreur doit aussi proportionnellement se multiplier. Je pense qu'effectivement ce système de faut passer par le médecin généraliste pour accéder à un spécialiste, oui,
570 forcément... Est-ce que le médecin généraliste va juger nécessaire d'envoyer chez le spécialiste ? Oui ou non ? Est-ce que le patient, lui va... à l'époque le patient par exemple pouvait avoir lui accès directement au cardiologue, ce qui est plus le cas. D'abord il faut passer

575 par le médecin généraliste, après le cardiologue. Est-ce que le médecin traitant va juger nécessaire de... d'avoir, d'adresser le patient au spécialiste spontanément ? Je sais pas, mais effectivement, oui, forcément, plus on voit de patients, plus on aura le risque de faire des erreurs médicales. Ça paraît... ça paraît logique.

580 **D'accord. D'accord. Bon ben c'était très très intéressant. J'sais pas si y avait d'autres... choses que vous vouliez ajouter, si vous aviez des questions particulières ?**

Non, comme dit j'espère que... que votre thèse va aboutir à un résultat intéressant. J'espère que... il va y avoir le côté... le côté pratique derrière, le côté... ça va aboutir vraiment à un résultat, ça va aboutir à une manière différente de voir l'erreur médicale, à une manière différente de prévenir l'erreur médicale. Tout simplement.

585 **Ouais, l'objectif c'est ça. L'objectif c'est pas forcément de... d'arriver à un résultat concret dans l'immédiat...**

590 Mais au moins donner une idée.

... mais c'est au moins de donner une idée, et puis surtout de déboucher sur des perspectives...

595 Ouvertures sur d'autres études.

... pour... voilà, des des perspectives d'ouverture sur d'autres études qui permettraient éventuellement de proposer des solutions... des solutions par rapport à... par rapport à ce risque d'erreur médicale en médecine générale. Je vous remercie de m'avoir consacré du temps.

600 Pas de soucis.

Je trouve que cet entretien a été très très intéressant

605 Plaisir partagé.

[Fin de la transcription]

Entretien 13**Profil du participant :**

Code participant	13
Sexe	Femme
Age (ans)	32
Durée d'exercice (ans)	4
Zone d'activité	Urbaine
Mode d'installation	Association, Collaboration
Maître de stage	Non
Spécificité de l'activité	/

Contexte de l'entretien :

Lieu de l'entretien	Cabinet Médical
Durée de l'entretien (mn)	18

Transcription de l'entretien :

Gras : Intervieweur

Normal : Interviewé

[...] : Paratexte

[Début de la transcription]

Ben erreur médicale, ça consiste enfin... qu'est-ce que ça englobe ? Parce que... ça peut être beaucoup de choses, l'erreur médicale.

5

Ben c'est justement la première question que je voulais vous poser.

Erreur médicale ça peut être euh... une erreur de... de comportement face au patient, une erreur médicale d'éthique. Quelque chose qu'on a dit... malheureusement on s'est pas rendu compte que ce qu'on a dit a blessé la personne. Ou... ou... la personne a pu comprendre quelque chose qu'on n'a pas voulu exprimer. Déjà une première erreur ! Euh ensuite erreur erreur médicale ça peut être une erreur de prescription. Ça peut être une erreur de diagnostic. Voilà, moi c'est ce q... c'est ce que j'entends dans erreur médicale, mais j'imagine que c'est plus vaste que ça, il doit y avoir d'autres...

15

C'est déjà très...

... d'autres termes.

20 **Non c'est déjà très riche ce que vous avez dit.**

J'vois... j'vois j'vois ouais le... le comportement, l'éthique, euh... le côté scientifique, c'est-à-dire une erreur dans la prescription. Et puis... et puis après le... erreur médicale... ça peut être aussi euh un défaut d'orientation, du patient, par exemple. Ou... une perte de temps pour le patient.

25

Donc un diagnostic tardif.

Diagnostic tardif ou alors une... une mauvaise orientation, on l'envoie faire un scanner alors qu'il aurait fallu faire une IRM ou... Voilà, j'imagine ça. Erreur médicale.

30

D'accord. A quel moment vous y pensez à ce risque d'erreur médicale dans votre... parc... dans votre activité ?

Bon moi j'suis un peu une... une psychopathe. [Rires] Donc moi j'y pense tout le temps. J'y pense tout le temps. Chaque fois que je parle au patient, je pense à c'que je vais dire, et... j'ai toujours... j'fais toujours très attention... de de... de bien m'exprimer... d'... d'être sûre qu'il a bien compris ce que je lui ai dit. J'ai toujours peur qu'il comprenne mal, ou qu'il interprète mal. Donc j'fais toujours très attention. Quand je fais une ordonnance, je fais toujours très attention à ce que je mets sur l'ordonnance. J'essaie d'y penser à chaque étape de la consultation. Donc c'est quelque chose qui fatigue. A la fin de la journée je suis épuisée, parce que je je... je pense à ça tout le temps. Après je suis jeune. J'suis jeune installée donc j'débute. Peut-être que dans cinq ans j'réfléchirai plus de la même façon. Peut-être que j'serai plus confiant... j'aurai plus de confiance en moi, peut-être que j'y penserai moins. Mais là pour l'instant j'y pense tout le temps ! En tout cas.

45

D'accord.

Si j'prescris un scanner, je vais être sûre que c'est pas une IRM qu'il faut que je fasse, je vais... j'vais regarder un petit peu... me remettre dans les bouquins... ou regarder un... vite fait sur... sur le net pour être sûre que c'est le bon examen. Si je sais pas je... je décroche mon téléphone et j'pose la question. J'suis plutôt du genre anxieuse et... à vou... à vouloir vraiment bien faire. Et donc j'y pense vraiment tout le temps.

50

Et vous red... vous redoutez quoi à travers ce risque d'erreur ?

55

Euh... Ben... je redoute euh de léser mon patient. De faire un mauvais diagnostic euh... de... de de lui faire vivre des choses... compliquées. Et puis... euh la deuxième chose ce serait aussi... le procès aussi. Mais j'dirais...

60

Tout d'suite le procès ? Ou avant le procès... ?

Euh ça peut faire peur, ouais... Mais j'dirais j'le mettrais en deuxième position, là le... C'qui me ferait le plus... ce qui m'embêterait le plus, ce serait quand même de léser mon patient.

65

Ouais le préjudice pour le patient. Mais le préjudice pour vous ? Vous pensez que au procès, ou vous pouvez penser à éventuellement autre chose ?

Ça peut être la réputation peut-être. Peut-être la réputation. Euh... à force de faire des erreurs, j'imagine que... après on... a une mauvaise réputation, qu'on a une réputation de mauvais médecin. Donc voilà, je vois ces trois choses. Ouais. La réputation je la mettrai en dernière position.

70

Ça marche. [Rires]

75

[Rires]

Et... comment vous différencieriez l'erreur de la faute ? L'erreur médicale de la faute ?

Pour moi c'est pareil. Une erreur médicale, c'est une faute... médicale. Pour moi c'est le même terme. Enfin, c'est... c'est la même définition. J'vois pas de différence en fait.

80

D'accord. Et... Est-ce que vous sentez que vous êtes suffisamment armée par rapport à ce risque... d'erreur médicale ou... ?

Pas du tout ! Pas du tout.

85

Par rapport à quoi ?

On n'a pas eu beaucoup de cours à la fac là-dessus. Même au niveau... euh juridique... [sonnerie de téléphone]

90

Je vous en prie, si vous voulez répondre.

Je sais pas du tout euh... on n'a pas assez parlé de ça à la fac euh... On n'a pas développé le sujet. Je sais même pas comment ça se passe si un jour un patient veut porter plainte... j'ai aucune idée de... de de la procédure. Donc... donc ça fait peur parce que... je connais pas. Euh... Ouais, voilà.

95

Ok.

100 C'est...

Et en pratique du coup, comment vous faites pour... vous prémunir par... par rapport à ce risque ? D'une manière générale hein... Vous avez évoqué tout à l'heure plusieurs types d'erreur médicale. Euh donc par... pour chacune d'entre elles, comment... quelles sont vos moyens de prévention ?

105

Alors pour tout ce qui est comportemental, éthique, communication, je lis beaucoup de bouquins, j'essaie de faire des formations... à côté.

110 **Quel(s) type(s) de bouquin, quel(s) type(s) de formation ?**

Euh... alors les bouquins, c'est des bouquins qu'on peut trouver facilement euh... à la FNAC ou dans d'autres... dans d'autres magasins, c'est des... c'est des bouquins sur... la communication, comment bien communiquer. Ça peut être d'ordre général. Pas forcément en médecine. Euh... voilà. Comment se... comment communiquer... à... avec un interlocuteur. J'fais des formations.

115

Pareil, sur la communication, sur la relation...

120 Sur la... sur l'éthique, sur le comportement... du médecin par rapport à son patient. Y a beaucoup de labo qui font des formations... et heureusement parce que... on n'en a pas beaucoup par la fac. Euh... Y a la formation continue aussi.

125

D'accord.

La FMC. On peut trouver des formations là-dessus. Y en a pas beaucoup non plus. Mais... ça existe. Ensuite pour tout ce qui est... ordonnance, ben je m'aide des logiciels. Donc... y a le Vidal. Y a la banque Claude Bernard. Euh... parfois y a le net, un petit peu.

130 **Ok.**

Euh... et puis ensuite... qu'est-ce qu'on avait dit encore, par rapport à l'erreur ? Euh [silence]
Et je m'aide aussi de mon confrère ! J'lui pose beaucoup de questions. Si j'ai un doute, je vais lui poser une question. J'peux appeler un spécialiste aussi pour... pour lui poser des questions.
135 Voilà, principalement mes... mes façons de gérer ce risque. Après j'en... j'en vois pas d'autre. J'en vois pas d'autre.

140 **Alors, c'est déjà pas mal. J'vais... j'vais revenir sur le... tout l'aspect relationnel. Donc vous... vous avez précisé que vous faisiez des formations, que vous lisiez beaucoup par rapport à ça. Du coup en pratique, quand vous êtes avec vos patients, ça se traduit comment... finalement euh... concrètement euh ... la façon dont vous faites qui permet de prévenir euh... le risque d'erreur ?**

145 Alors ff... j'ai pas vraiment d'exemple comme ça... précis. Mais..., enfin... le dernier bouquin que j'ai lu, c'était la PNL. La PNL c'est... une façon... de comprendre son interlocuteur et d'utiliser ses termes pour qu'il puisse te comprendre.

Ok.

150 Donc, c'est c'est c'est une façon de... de communiquer à... à un interlocuteur avec ses propres mots.

Ok.

155 Pour qu'on soit le mieux compris. Voilà ! Euh... J'ai une anecdote ; un jour j'ai soigné une... patiente pour un problème abdominal. Euh... et puis... euh il se trouve que c'était une amie d'une copine à moi, qui est venue me dire par la suite que j'ai été absolument horrible avec elle. Que... que j'ai j'ai eu une attitude vraiment très... très froide. Euh qu'elle avait eu l'impression que... que j'me... que je... je n'étais pas du tout intéressée par son problème. Et en fait, moi
160 j'avais eu une toute autre euh... une toute autre vision de ce qui s'était passé. Je... j'avais eu l'impression de vraiment être... très... euh... très investie dans son problème. Et puis finalement j'ai réfléchi à ça, et en fait j'ai compris que peut-être que je n'avais pas utilisé les bons mots, peut-être que je n'avais pas utilisé les bonnes phrases, euh peut-être que j'ai été dans mon comportement euh... différente de ce que je voulais exprimer. Et en fait suite à ça j'me
165 suis dit qu'il fallait que je lise un petit peu, et que j'apprenne à... à... dire les choses différemment et à me comporter différemment. Parce que souvent, on a l'im... on a l'impression qu'on est compris, mais... la personne en face peut comprendre différemment les choses.

170 **D'accord. Et du coup, ça, vous pensez que ça peut être une source d'erreur potentielle ? D'avoir cette incompréhension.**

Oui. Oui. Oui, parce que le patient peut se sentir mal. Le patient peut comprendre quelque chose différemment, et ça peut... et c'est une erreur de...

175

Et puis nous aussi, peut-être on peut mal comprendre... Et... l'autre question que je voulais vous poser, c'est une fois que j'erreur est survenue, comment vous faites pour la gérer, en pratique ?

180 Ben j'ai jamais eu le...

Ou alors si... si jamais euh une erreur devait survenir dans votre future pratique...

Je réfléchis si si j'ai déjà eu...

185

... qu'est-ce que... qu'est-ce que vous... qu'est-ce que vous feriez... qu'est-ce que... quelle est la première chose que vous feriez éventuellement... pour gérer cette situation ?

190 Ben ça dépend de l'erreur. Si c'est une erreur de comportement ou de compréhension, j'essaierais d'expliquer avec d'autres termes, j'discuterais beaucoup avec le patient. Pour savoir ce que... il ou elle a compris. Pourquoi ? Qu'est-ce que j'ai fait... qui ait pu induire cette situation ? Discuter avec pour rétablir la situation.

Ok. Donc vraiment le... la communication avec le patient quoi. En premier lieu.

195

Bien sûr ! Et puis si c'est une erreur euh de de prescription, j'essaierais de comprendre pourquoi ça s'est produit et puis euh... Ce qui est déj... ce qui s'est déjà produit c'est que... en fait l'ordinateur euh... en fait euh... quand on écrit un mot, un début de mot, il écrit le mot en entier. Et parfois y a des erreurs, donc au lieu de marquer euh... un mot, il en met un autre, et ça p...
200 il peut y avoir des problèmes de compréhension, aussi des problèmes... Donc euh... J'ai déjà prescrit des choses en fait, en allant un peu trop vite, et qui se sont avérées fausses ensuite sur papier. C'est-à-dire que... qu'est-ce que je peux donner comme exemple hum... euh... je sais plus exactement les termes. Bon, ça va probablement me revenir, mais...

205 **Non, mais j'ai à peu près compris le...**

Y avait des noms de médicaments, en fait, j'ai voulu écrire le nom d'un médicament, et il est sorti un autre nom. Donc là à ce moment-là, le pharmacien il appelle et puis il nous explique qu'y a eu un petit souci. Heureusement qu'on a ce... ce... Voilà, grâce au pharmacien, on arrive à rétablir la situation. Parfois les patients viennent d'eux même en disant « Vous avez oublié de mettre ça... » ou « Vous vous êtes trompé » et là... on rectifie, immédiatement. Donc...
210 Voilà.

Ok. Donc ça c'est les répercussions par rapport au... au patient, de...

215

Mh.

... comment vous gérez par rapport au patient. Et comment vous gèreriez éventuellement l'erreur par rapport à vous-même ? Par rapport à votre vécu de l'erreur. Alors, je vous demande pas forcément d'exemple, hein.

220

Mh.

Euh... D'autant plus que d'après ce que vous me dites, vous avez pas de... souvenirs de situation particulière...

225

Ben j'essaierai de comprendre ce qui s'est passé, et j'essaierai d'agir dessus pour que ça se reproduise plus.

D'accord.

230

Donc ça peut être en changeant un logiciel, en allant un peu plus doucement, ou euh en me formant. Voilà, j'essaierai de rétablir le... enfin de... de corriger le problème pour ne plus jamais le refaire.

235

Ok. Ben écoutez ça nous amène à la dernière question. C'est... quelles sont vos idées euh pour améliorer les choses, si on devait mettre... si on devait faire quelque chose à l'échelle d'une population plus importante de médecins généralistes ? Quelque chose qui existerait peut-être déjà mais qui ne serait pas généralisée, ou alors quelque chose qui n'existerait pas.

240

Pour améliorer...

Pour prévenir l'erreur médic...

245

Pour prévenir. J'vois plusieurs choses. Les... Mettre plus de formations. Que ce soit à la fac, ou en formation continue.

Des formations axées sur... tout...

250

Alors ça peut être axé sur l'éthique, la façon de se comporter. Ça peut être euh sur comment gérer l'er... l'erreur médicale. Je crois que ça doit exister, il me semble que j'ai déjà vu quelque chose de ce type-là. Euh...

Oui, un séminaire... euh à la fac.

255

Voilà. Un séminaire erreur médicale. Et puis surtout, moi ce que j'aimerais faire, mais j crois que ça n'existe pas là dans le coin, c'est de faire des réunions une fois par mois ou une fois tous les trois mois, avec d'autres confrères, et que chacun exprime euh son erreur, enfin... une anecdote ou... ou qui raconte un peu ce qui s'est passé et puis qu'on... qu'on en discute. Et puis qu'on trouve des solutions ensemble. Ça permettrait d'éviter de faire des erreurs... par la suite.

260

Ou chacun ferait finalement euh...

265

Une table ronde en fait.

... partagerait un cas qui a posé problème.

270

Voilà. J'trouve... j'trouverais ça très très intelligent. Surtout pour les jeunes. Pour les jeunes qui s'installent. Parce qu'on n'a pas assez d'expérience. On connaît pas en fait, les sources d'erreur.

D'accord.

275

Donc, ce serait vraiment... vraiment top.

Très bien. Et... [toux] ces formations, puis ces... ces réunions... Bon il existe déjà des réunions, comme vous savez, où c'est des cas qui sont pris au hasard, vous savez les groupes de pairs.

280 Mh.

Et... euh les formations elles existent aussi déjà. Qu'est-ce qu'on pourrait faire pour... pour que ce soit plus généralisé, que ce soit plus... pratiqué finalement ?

285 Les rendre accessibles. Parce que... moi par exemple j'suis... j'suis pas au courant que ça existe ! J'ai...

Les formations... les formations continues par exemple, y en a déjà quelques-unes qui sont proposées, vous trouvez qu'il y en a peut-être pas assez ?

290

J'trouve qu'y en a pas assez ! Et les tables rondes euh... j'en ai pas entendu parler, donc j'pense qu'y a pas assez de communication là-dessus.

D'accord.

295

Faudrait... renforcer la communication.

Ok. Et, alors vous parliez de formation organisée de manière... après les formations continues, et de formations aussi à la fac. Qu'est-ce que la fac devrait proposer en plus peut-être euh par rapport à ça ?

300

Ben des cours. Des des cours pour apprendre à gérer l'erreur médicale.

Et ça ce serait avant... notre euh... avant le...

305

Pendant l'internat j'pense que ça pourrait être euh...

Pendant l'internat ?

310

Ouais, pendant l'internat de médecine G, pour la médecine G en l'occurrence.

Mh.

315 Ouais. J'pense que ça serait intéressant, ouais. Pour... pour nous prévenir déjà de... de ce qui peut arriver... pour nous... nous rendre sensible aux erreurs qu'on peut commettre. Pour pouvoir les prévenir.

Très bien. [Toux] Et par rapport du coup à la gestion de l'erreur médicale, donc là on en revient... là c'était pour prévenir. Pour gérer l'erreur médicale, bon j'pense qu'y a encore des cours sur le... le... sur l'erreur médicale dispensés à la fac. Mais qu'est-ce qu'on pourrait faire d'autre ? Pour apprendre à mieux gérer l'erreur médicale ? Vous parliez par exemple tout à l'heure de l'absence de formation sur les questions juridiques tout ça... euh... y a peut-être d'autres problématiques sur lesquelles on n'est pas suffisamment prêt euh... pour gérer l'erreur médicale ?

325

Je... La question c'est qu'est-ce qu'on pourrait... j'ai pas très bien compris la question.

Qu'est-ce qu'on pourrait faire pour mieux gérer l'erreur médicale. Qu'est-ce qu'on pourrait gérer... généraliser, comme... comme outil, comme moyen ?

330

Franchement j'vois pas. Mis à part les formations, j'vois pas ce qu'on pourrait faire d'autre.

Mh. Bon après, vous y avez un petit peu répondu tout à l'heure, en me disant... les formations à la fac, en me disant aussi les... groupes d'échanges entre médecins pour partager sur... ça permet de prévenir, mais j'pense que vous... vous pensiez aussi au fait de pouvoir mieux gérer aussi ? L'erreur, une fois qu'elle est survenue.

335

Ah ! Oui ! Je je viens de comprendre euh...

Ouais, je me suis mal exprimé, désolé.

340

Pour gérer soi-même l'erreur...

C'est ça.

345

Ben après euh... alors bon pff... Ça dépend de quel type d'erreur on parle. Si c'est une e... une erreur minime, on n'a pas forcément besoin de faire quelque chose de particulier. Mais si c'est une grosse erreur, et qu'on culpabilise, ou qu'on... qu'on n'arrive plus à dormir... la nuit... là c'est faire une psychothérapie.

350

Donc ça vous pensez... ouais...

Mais c'est vraiment pour j'imagine, pour des erreurs... des grosses erreurs. Pour quelque chose vraiment qui nous a... qui nous a touché. Pourquoi pas ? Pourquoi pas.

355

Ok. Écoutez, je vous remercie beaucoup.

Je vous en prie. J'espère que ça pourra vous aider.

Voilà, je sais pas si vous avez encore des choses à ajouter ou des questions ?

360

Hum... Non, pas spécialement. Mais... quand vous aurez fait votre thèse, je voudrai bien un exemplaire.

365 [Fin de la transcription]

Entretien 14**Profil du participant :**

Code participant	14
Sexe	Homme
Age (ans)	48
Durée d'exercice (ans)	18
Zone d'activité	Urbaine, Rurale
Mode d'installation	Association
Maître de stage	Oui
Spécificité de l'activité	Urgence 24/7

Contexte de l'entretien :

Lieu de l'entretien	Domicile Participant
Durée de l'entretien (mn)	41

Transcription de l'entretien :

Gras : Intervieweur
Normal : Interviewé
[...] : Paratexte

[Début de la transcription]

Et du coup l'erreur médicale, vous définiriez ça comment ?

- 5 Alors pour moi l'erreur médicale, c'est... euh lorsque on a fait, au vu des données qu'on a, de l'examen clinique, de l'anamnèse, des biologies, enfin toutes les données médicales que l'on a... que l'on a pris, que l'on a fait une mauvaise décision, qui ait soit engendré pour le patient euh un problème de santé, soit qui ait euh euh engendré par la non-action, un problème de santé. Soit par une action, soit par une non-action, un problème de santé au patient. Donc il faut
- 10 qu'effectivement euh une erreur... par exemple ce n'est pas une erreur médicale... Je vais définir ce qui n'est pas une erreur médicale. C'est par exemple euh vous dire c'est une varicelle, et puis ah ben non c'était un virus lambda. Ça ne change pas en cause l'évolution, ça n'a pas posé de problème au patient. C'est une erreur peut-être diagnostique inhérent à la pratique de l'activité médicale. Mais qui n'a pas entraîné de situation euh... négative ou néfaste pour le
- 15 patient. A terme.

D'accord.

- 20 Qui n'a pas entraîné des soud... une nécessité de soins qui auraient été inutiles au départ, et qui n'a pas entraîné... une incapacité ou une séquelle. Voilà. Pour moi pour qu'y ait... enfin dans la définition hein, pour qu'y ait une erreur, il faut qu'effectivement il y ait eu un manqué de la part du médecin, une erreur de jugement, une fausse piste sans qu'on ait pu à aucun moment revenir à quelque chose de correct, et que cette erreur-là ait entraîné un préjudice.

- 25 **Donc la notion de préjudice pour vous elle est nécessaire pour définir l'erreur.**

Elle est n... elle est nécessaire parce que tu peux pas parler d'erreur euh je pense s'il n'y a pas derrière de... de préjudice, encore faut-il définir le préjudice, mais tu peux pas parler d'erreur s'il n'y a pas de préjudice parce que dans l'activité de la médecine inhérente, on n'a pas forcément, en plus en soins primaires, le diagnostic immédiat, et donc on peut faire des... des... des traitements tests, pour voir... si on va au bon endroit. Mais par contre il faut avoir mis derrière des stratégies de récupération, pour justement éviter d'arriver à l'erreur. Donc on a le droit de se tromper au départ, parce qu'on peut pas être omniscient, et on ne peut pas non plus à partir d'éléments cliniques qui peuvent être biaisés par... par la clinique, avoir toutes les... infos. Je prends par exemple une... une douleur abdominale de la fosse iliaque droite... euh... euh... qui euh où tu fais par exemple un bilan biologique qui est négatif. Euh tu peux croire qu'il n'y a pas... en fonction de l'examen clinique, ton bilan etc. qu'il n'y a pas d'appendicite. Et pourtant tu sais que dans certains cas il peut y avoir une appendicite dont le tableau franc se déclenche un petit peu plus tard. Voilà. Donc il faut, non seulement, il faut accepter de pas tout savoir sur tout. Mais pour moi ça ne veut pas... ce n'est pas équivalent à une erreur. Ce qui serait une erreur, c'est de dire dans les yeux du patient de dire « Non, vous n'avez pas une appendicite » et de mettre en place aucune stratégie de récupération, et qui aboutisse effectivement à une péritonite, et dans ce cas-là à une situation beaucoup plus extrême. Et il y aurait une erreur. Si par contre, tu lui dis « Écoutez, au vu des éléments cliniques, je ne pense pas qu'il y ait une appendicite, maintenant vous allez regarder comment ça va évoluer, euh on est prêt à revenir vous voir, on est prêt à CHANGER de braquet sur la stratégie diagnostique, si ça n'évolue pas dans le bon sens. »

D'accord.

Et là pour moi c'est pas une erreur, ça fait partie de la médecine, de l'exercice de la médecine. Ne pas tout savoir tout de suite mais de vérifier sur une évolution. Donc on peut pas juger l'erreur sur un moment, il faut juger l'erreur sur la totalité d'une prise en charge et en regardant si il y a eu un préjudice dans cette prise en charge. Si y a pas eu de préjudice, c'est-à-dire que justement oui on peut errer dans le diagnostic au départ, euh sans pour autant que ça soit euh préjudiciable. Après, il faut pas oublier que l'aléa thérapeutique, c'est-à-dire le... le... la... l'aléa pas forcément thérapeutique, mais l'aléa... diagnostique, ça peut aussi exister c'est-à-dire qu'on peut avoir un tableau tout à fait rassurant, cliniquement, 100 % des praticiens vont dire « Non, là c'est rassurant etc. », et avoir quand même un problème plus tard. Tu penses par exemple... je pense par exemple aux... aux infarctus chez les diabétiques qui n'ont pas eu de douleur thoracique. Alors il faut... essayer de l'éviter, mais y a certaines fois où tu peux faire un infarctus en sortant de chez le cardiologue. Vous voyez. Donc euh y a pas forcément une erreur du cardiologue. Y a un préjudice dans ce cas-là, mais y a pas forcément une erreur du cardiologue si... l'examen a été correctement conduit etc. Y a aussi des choses qui sont inhérentes à la personne. Voilà. Donc l'erreur... l'erreur déjà est assez difficile à définir. Mais pour moi elle ne peut avoir une importance, que si derrière effectivement y a un préjudice. Si y a une erreur médicale, on t'a traité à tort quelque chose, mais que derrière y a pas eu de préjudice euh... là-dessus, bon... l'erreur... ok on va dire « Tient on s'est trompé, on va essayer de s'améliorer », mais pour moi y a pas une erreur potentiellement dommageable pour le patient.

D'accord. Et, comment vous diff... comment vous différencieriez le... l'erreur de la faute ?

Alors l'erreur pour moi, elle est euh... comment j'différencierais l'erreur de la faute ? La faute pour moi, on est vraiment sur un... un... une erreur qui est due à... à une faute, alors pas que ce soit volontaire, mais quelque chose qui est dû par exemple, si je ne vais pas... si je ne vais

pas vous examiner, vous m'dites vous avez mal etc., vous avez une douleur cardiaque, j'vais pas faire tout en œuvre derrière pour... essayer d'avoir le diagnostic ou non d'un infarctus. Euh... par exemple faire un ECG etc., alors que j'estime euh que ça serait nécessaire. Là, je serais sur une faute. C'est-à-dire que j'ai pas pris le temps, j'ai pas pris les moyens. J'ai une obligation de moyens. Il faut pas oublier qu'j'ai pas une obligation de résultat. J'ai obligation de moyens et je ne suis pas allé euh on va dire pas au bout de l'obligation de moyens, parce qu'on va pas faire un angioscan ou un... ou une coro à tout le monde. Mais, dans les règles de l'art, je suis pas allé à ce qu'aurait fait l'ensemble de la profession. C'est-à-dire, dans ce cas-là par exemple éliminer un infarctus. Voilà. SI j'ai les signes qui correspondent à un infarctus.

[Interruption de l'entretien]

Voilà, donc on peut reprendre.

90

[Toux] On en était où ?

Euh... donc on était entre la... la distinction entre l'erreur et la faute. Ça a été plutôt clair donc euh... Et hum du coup là je peux rebondir sur... une autre question. A quel moment vous y pensez-vous au risque d'erreur médicale, dans votre pratique ?

95

J'vais y penser je... enfin j'espère y penser à chaque fois. C'est-à-dire que... je finis toujours ma consultation en essayant d'évaluer une trajectoire de santé, et en précisant que si cette trajectoire n'est pas suivie ou que y a euh une autre trajectoire qui prend forme comme une ré-augmentation des douleurs ou des douleurs qui persistent, enfin... ça dépend du problème. Euh... ou une apparition d'une dyspnée ou ce genre de choses, de tout de suite recontacter un médecin et, en fonction de la gravité éventuellement même des fois de recontacter le 15.

100

D'accord.

105

Voilà, donc ça permet, ce que je vous disais, de... de fixer une trajectoire de santé, et... et et si on s'en écarte, donc si on risque d'aller sur... sur une erreur, par rapport à ce que j'ai pensé initialement. Euh on a ce moyen finalement, en ayant eu des... des... des informations claires à donner au patient, à pouvoir lui dire à quel moment il faut rappeler, par exemple, euh et à quel moment les choses sont normales. Donc, cette distinction entre une... une trajectoire finalement normale et une trajectoire qui ne serait pas normale, permet une réaction assez rapide de la part du... du patient ou de son entourage.

110

D'accord. Bon ça revient un petit peu du coup à cette stratégie dont vous parliez tout à l'heure de... de récupération...

115

Tout à fait !

... en cas de...

120

Tout à fait.

... d'évolution défavorable.

125

Tout à fait. Euh... hum ouais. Ouais.

D'accord. Et... qu'est-ce que vous allez redouter... dans l'erreur médicale ? Est-ce que vous pouvez... un peu préciser qu'est-ce que vous... qu'est-ce que vous allez chercher à éviter en cherchant à éviter l'erreur médicale ?

130

Ah ben je... ben j'évite... je... je cherche à éviter le préjudice pour le patient !

D'accord.

135 On est là pour soigner le poiss... le patient dans un cadre qui nous est définit. C'est-à-dire qu'on n'est pas... on n'est pas maître de sa maladie initiale, de son traumatisme initial, ni d'une évolution chronique du patient. Néanmoins, on est là pour essayer de faire en sorte euh que cette évolution euh soit la moins pénalisable pour le patient selon la maladie. Euh... il est sûr que quelqu'un par exemple qui a un Alzheimer, euh c'est pas une erreur de dire que sa démence va évoluer. C'est l'évolution normale de la maladie. Nous on est là pour faire coller euh au mieux à une évolution normale de... de... de la maladie ou du problème euh... qui soit la moins préjudiciable au patient, que ce soit en termes de douleur, que ça soit en termes de... de prise en charge chirurgicale, ou de... ou... toute... notre but c'est d'essayer de... de faire en sorte que cette courbe j'aurais euh... d'intérêt du patient soit au mieux par rapport bien sûr aux données de la maladie, aux données de la science, aux capacités thérapeutiques. On peut pas toujours euh tout faire. Mais ça, nous notre but c'est que cette courbe soit... soit vraiment... au mieux par rapport à la courbe maximale.

140

145

D'accord.

150

Qu'elle tende vers le mieux.

Et, est-ce qu'il y a autre chose qu'on cherche à éviter ? Que vous allez chercher à éviter justement... ou que vous allez chercher à... à minimiser en... en étant prévoyant face à ce risque d'erreur médicale ou euh... ou vraiment le patient c'est votre seule préoccupation ?

155

Ah ! Euh... Ben je... je pense que si on fait correctement son travail et qu'on minimise les risques judiciaires pour le patient, on se protège aussi soi-même.

160

Mh. Se protéger par rapport à quoi ?

Ben se protéger par rapport à une erreur médicale qui pourrait donner un préjudice, donc déjà une protection par rapport à... morale, parce que... j'pense qu'on ne peut pas être content d'un travail ou d'une erreur qu'on ait fait alors qu'on aurait PU ne pas la faire. Donc déjà ça c'est... la première chose. Euh... et puis après euh euh moralement, par rapport au patient qui te donne sa confiance. Euh... en t'appelant, en te faisant venir, en te faisant euh... montrer ses ses... ses problèmes du moment. Donc c'est quand même une... une relation particulière celle du médecin et du patient. Donc déjà moralement par rapport à ça. Et puis après, oui après y a la euh y a la partie... la précaution je dirais euh de ton exercice, et... de... de toi... Mais c'est pas ce que j'ai en tête au départ quand...

165

170

D'accord.

175

... quand je prends en charge un patient. A un moment, mon rôle c'est de prendre en charge du mieux possible le patient, toujours avec ses données et euh... et ses limites. Mais de le prendre

180 en charge le mieux possible. Et puis, si jamais je n'ai pas d'orientation stricte etc., et que c'est potentiellement quelque chose qui peut euh qui pourrait orienter dans un deuxième temps vers quelque chose de plus grave, mettre en place une stratégie qui fasse qu'on... on puisse redresser le diagnostic qu'on n'a pas tout de suite, et à partir de là... euh... à toujours rester sur cette limite supérieure de l'évolution du patient.

185 **D'accord. [Toux] Très bien. Bon, alors, ce qui s'est... Ben ça m'amène... justement à la à la question principale de ce travail, c'est... quels sont les moyens que vous utilisez euh du coup dans votre pratique pour vous prévenir par rapport à ce risque d'erreur ? Même si vous avez... déjà...**

Répondu en partie.

190 **... répondu en partie.**

Mais qu'en partie !

195 **[Rires]**

195 Alors, mais en partie déjà. Euh... le premier moyen c'est d'avoir une relation euh euh... au moment de la consultation, une attention vis-à-vis du patient, et une relation avec le patient qui soit pas professorale. C'est-à-dire, j'essaie de me mettre au niveau du patient et j'essaie surtout de lui expliquer les choses. De lui expliquer euh ce qu'il a, [éternuement]...

200

A vos souhaits.

205 ... son évolution, là où ça peut aller, là où ça pourrait aller si jamais... si finalement c'était plus grave que ce qu'on pensait au départ. Euh... donc déjà en lui expliquant les choses euh... déjà je pense qu'on a une ADHESION de la part... on entraîne une adhésion de la part du patient à ta consultation et derrière à ta thérapeutique et à tes stratégies. Voilà, donc la première chose c'est... euh de... d'avoir cette relation avec le patient, qui soit... qui soit euh correcte. Il faut pas être ni professoral, ni être... ni penser que le patient est niais et ne sait pas faire la part des choses. Et je pense qu'il faut s'adapter effectivement à tous les patients, mais il faut faire cet effort-là. De parler, de discuter avec lui, et d'expliquer. Après dans un deuxième temps, euh...
210 mettre en place comme je vous disais, des stratégies euh... de récupération euh de... de de... de problème, en lui précisant là où ça devrait aller, et que faire si ça ne va pas là où ça va aller. Par exemple une fièvre, dans une grippe, bon ben c'est tout à fait normal que la fièvre dure quelques... quelques jours. Qu'il y ait de la toux dans une grippe, sèche, c'est tout à fait normal.
215 Par contre, qu'il y ait une impression de difficulté à respirer, ou une accélération de la respiration au moindre effort etc. euh ça, ça orienterait plutôt vers une euh une potentielle aggravation de cette grippe, une complication de cette grippe, et dans ce cas-là je vais le rendre attentif à ça. Par contre j'vais lui dire si la fièvre elle dure quatre cinq jours sur une grippe et qu'il y a pas d'autres évolutions, ça c'est pas anormal. Voilà. Donc en lui précisant ce qui est
220 l'évolution pensée normale, et l'évolution anormale, j'pense que déjà on fait euh on met en place cette stratégie de... de récupération des... d'échappement, finalement, plus que d'erreur d'ailleurs, d'échappement à... à..., parce que c'est pas forcément une erreur de traiter une grippe, et tu peux pas à l'avance savoir qu'elle va se compliquer dans quatre jours. Donc ça c'est pas une erreur. Mais néanmoins si t'as pas prévu la récupération, ça pourrait devenir une
225 erreur.

Effectivement ouais.

230 Voilà. Donc ça c'est important. Après... ben le service, et ça vous le savez bien, dans lequel je suis, euh où on a un médecin qui peut être joignable ou qui peut intervenir 24h/24, c'est effectivement entre guillemets un luxe dans cette stratégie de récupération. C'est-à-dire qu'à tout moment tu peux dire à ton patient euh... « Vous... si y a une évolution défavorable vous appelez votre médecin traitant, et si votre médecin n'était pas là, ou si vous êtes en garde, en permanence de soins etc., y a toujours quelqu'un chez nous, vous pouvez rappeler, et qui pourra soit vous avoir au téléphone, soit vous voir en consultation, soit vous voir à domicile. Soit éventuellement, si jamais ça se passe très très mal, vous avez toujours la possibilité d'appeler le 15. Voilà. Mais vous pouvez passer par chez nous aussi, comme on est interconnecté avec le 15. ». Donc cette... cette stratégie elle est aussi mise en place par la... l'association médicale qu'on a monté et... qui est en temps continu.

240

Ouais.

245 Ça aussi c'est un... c'est un plus par rapport je sais à certains confrères qui n'ont pas cette... cette capacité euh de pouvoir envoyer à n'importe quel moment un... un de leur confrère. Les gardes vous savez bien sont limitées maintenant souvent dans les secteurs un peu ruraux à minuit. Et pendant la nuit, ben la seule stratégie c'est d'envoyer une ambulance et d'aller à l'hôpital, pour réexaminer le patient. C'qui... n'est pas... forcément la meilleure des solutions. Mais ça c'est... c'est inhérent à l'organisation des soins. C'est pas inhérent au médecin. Mais ce qu'on a essayé de mettre en place effectivement, c'est aussi... ça donne si vous voulez cette capacité de pouvoir dire au patient « En cas de soucis, en cas de... de trajectoire qui n'est pas celle qu'on a imaginé, à tout moment, vous pouvez avoir soit un conseil médical, soit une visite médicale, une consultation médicale auprès d'un de nos confrères ». Voilà, donc ça aussi ça participe à... à redresser j'dirais des... des des... des choses dans l'évolution de... de la personne.

255

Très bien, bon ben là on a déjà quelques éléments. Vous auriez d'autres idées ? D'autres en fait... pas d'autres idées, d'autres choses que vous utilisez... ?

260 A part fixer une trajectoire, dire quoi faire quand cette trajectoire n'est pas bonne, et de dire qu'on peut rappeler... à tout moment, euh... et qu'en cas d'urgence bien sûr vitale, il reste le 15, euh... Ben c'est en amont. C'est en amont. Je pense. Avec une formation continue correcte. Euh... des participations à des congrès médicaux. Ce qui n'est pas une culture. J'l'ai encore vu là à Nice, où on pensait avoir plus de personnes dans les régionales que j'ai monté. Euh on pensait avoir plus de personnes, on a eu 70 personnes. C'est très bien, mais y a pas une culture je trouve suffisante chez les généralistes, de participer à des congrès médicaux, ou à des projets de recherche, ou à la formation aussi, des jeunes. La formation de jeunes, d'internes, euh ça te... ça te remet aussi un coup... un coup de neuf, un coup de... de *boost* par rapport à ça. Euh... et indépendamment de ça et ça c'est très personnel, donc j'sais pas si ça interviendra dans votre projet de thèse. Mais d'avoir... d'avoir fait les modules d'échographie, où on revoit finalement énormément de pathologies sous un autre œil, euh et bien me fait revoir plein de choses. Par exemple la pédiatrie, ça m'a fait revoir toute la séméiologie de la sténose du pylore, toute la séméiologie du volvulus, toute la séméiologie de... de l'invagination intestinale, etc. etc. Donc c'est... c'est cette formation qui est tout au décours de la vie d'un praticien, qui est super importante. [Partie non transcrite dans un souci de confidentialité] Au sein de notre association, on a fait une formation lors du dernier rassemblement, j'ai tenu à ce que il y ait toujours cette formation, qui soit faite lors des repas etc. parce que pour moi on a tous à

275

280 apprendre et à échanger avec les autres. Alors que ce soit de la formation euh un petit peu universitaire, mais que ça soit de la discussion avec les pairs, euh... ouais, les échanges avec les collègues ça participe aussi en amont de la consultation médicale à minimiser le... le risque d'erreur médicale. Et c'est une stratégie vraiment globale qui va de la formation à même après la consultation. Voilà.

Ok. Alors vous...

285 J'ajouterais quand même que... malgré tout, tout ce que tu vas pouvoir faire, on tend vers une limite. Et j'aimerais tendre vers le 100 % d'éviter les erreurs. Mais on sait très bien que dans tout ce que tu fais, ce n'est qu'une... ce n'est qu'aller vers la limite, et qu'il y a toujours le risque, il y a toujours le risque d'erreur etc. Donc, ces stratégies vont essayer de les minimiser, euh en l'occurrence. Et de minimiser la conséquence. Mais, je suis bien clair aussi et pas naïf
290 que aucune stratégie pourra permettre... pourra permettre d'éviter TOUTES les erreurs. Parce qu'il y a tellement d'autres choses qui rentrent en compte. Euh je parlais tout à l'heure de l'attention lors de la consultation. Euh si tu es... si tu as une charge de travail qui fait que... dans un cabinet tu as travaillé du matin... allez même des fois sept heure au soir, et que derrière tu enchaînes une garde... une garde de nuit profonde. Tu as quasiment vingt-quatre heures dans
295 les pattes de... de travail, en tout cas de... de moment où t'as pas pu te reposer, tu es bien sûr plus sujet à dérailler un petit peu de toutes tes stratégies. Et donc, t'es plus sujet à ne pas être assez attentif, à ne pas avoir donné les bons conseils, à... ne pas avoir forcément... allé au bout de ta démarche intellectuelle, et donc tu vas arriver potentiellement, à une erreur. Donc de toute façon toutes les stratégies que tu pourras mettre en... en route, c'est aller vers une limite qui est
300 de zéro erreur médicale, mais on sait très bien tous et toutes, quand on travaille... et dans aucun métier, y a zéro erreur médicale. Alors peut-être parce que y a certaines choses qui ont pas été bien faites. Mais peut-être aussi... mais... mais dans ces choses qui n'ont pas été bien faites y a tout. Y a la formation, y a la charge de travail, y a une charge émotionnelle qui peut d'ailleurs être autre que le travail. Vous savez très bien que les gens qui sont... soit en *burn-out*, soit en
305 dépression par rapport à des situations personnelles, ne sont pas forcément au mieux pour reprendre en charge un patient. Pourtant on a tous dans notre vie des moments... des hauts et des bas, des charges de travail plus ou moins... et on le prend. Regardez les urgentistes qui font vingt-quatre de travail, ils sont... ils sont là. Et c'est quelque chose qui est autorisé par... par la loi, donc... Voilà, donc, on a tous des moments dans la... dans la journée, euh ou dans le...
310 ou dans l'exercice médical où euh la formation sur ce domaine-là est peut-être un peu moins bien, la... la... le... l'attention qu'on a mis à ce moment-là parce qu'on était fatigué, parce qu'on a d'autres problèmes, est peut-être un peu moins bien. Que... les stratégies ont peut-être été mal expliquées au patient ou pas assez expliqué. Euh... que le patient ben lui aussi inhérent à son état de santé, fait un problème particulier que... que... voilà. Et, on peut arriver à une
315 erreur. C'est comme une... un accident en avion, hein, c'est le principe des buvards avec des petits trous, s'ils ont tous alignés on va arriver à l'accident. Et s'ils sont tous ali... les petites failles sont toutes alignées, on peut arriver à passer à travers toutes les stratégies de voilà et arriver à l'erreur médicale. Et ça c'est... il faut le savoir quand on fait cet exercice, que... euh... euh on n'est pas... on n'est pas sur des mathématiques où il suffit d'additionner deux plus deux,
320 et là on est sûr qu'on se trompe pas. On est sûr de l'humain, on est... nous déjà on est humain, et on est sûr de l'humain en face qui peut évoluer avec toutes les... les... les... les évolutions possibles, biologiques on va dire. Hein.

325 **Mh. Très bien. Et... est-ce que... est-ce qu'il y aurait des moyens que vous vous utilisez pour euh... Est-ce qu'on est toujours dans les temps ?**

On a... dix minutes encore.

Dix minutes encore ?

330

Ouais.

D'accord.

335 Sinon, si... si on n'a pas fini, on peut... on peut éventuellement reprendre...

Suspendre et reprendre une autre fois. Bon j'pense qu'en dix minutes, on peut peut-être euh on peut essayer de faire le tour.

340 Après faut que j'aïlle à mon rendez-vous.

Ben oui, je sais que vous avez rendez-vous... Est-ce qu'y aurait des moyens euh... pour se pré... pour se prémunir face aux conséquences ? Euh... une fois que l'erreur médicale a été... a été faite, donc tout à l'heure on parlait des conséquences, de préjudice... du risque de préjudice auprès du patient, et même éventuellement au niveau du médecin. Est-ce qu'il y aurait des moyens pour gérer au mieux euh ces... ces éventuelles conséquences ?

345

Alors, on est sur de la médecine ou on est sur de la relation avec le patient ?

350 **La relation avec le patient, c'est de la médecine pour moi.**

Oui. Mais... la relation judiciaire... entre guillemets qui pourraient être judiciaires avec le patient... Maintenant par exemple... Imaginez un médecin euh... qui euh... euh... ne pose pas la question à la personne « Est-ce que vous êtes enceinte » etc., qui prescrit un médicament, qu'y a une embryo...génopathie, et qu'on soit obligé de faire une... une IMG pour une grossesse... un médicament qui a été donné à un mauvais moment pendant la grossesse. Euh quelle stratégie on fait pour rectifier l'erreur ? Ben... l'erreur elle est faite. Euh... l'IMG elle est faite. Euh... le bébé il est sorti du ventre, il est mort euh... je vois pas médicalement comment tu peux... comment tu peux réparer certaines erreurs.

355

360

Mais pour tout le reste ?

Alors...

365 **Pour la relation par exemple...**

Alors bien sûr... déjà il faut pas... il faut pas... il faut pas... euh... il faut pas nier qu'y a eu un problème. Et que ce problème est certainement lié à une prescription que tu as fait. Qu'à partir de là, y a deux choses. Y a une relation avec la personne, et une relation avec soi-même. La relation avec soi-même... je parlais tout à l'heure de morale, de culpabilisation... je pense qu'on doit se sentir très coupable quand on arrive à ça, et se dire pourquoi j'ai pas posé la question est-ce qu'elle était enceinte, etc. Donc y a déjà une remise en cause euh des erreurs qu'on a pu faire. Même si elles ont d'ailleurs pas porté à conséquence, mais y a une remise en cause et y a... faut essayer de... c'est pour ça que les groupes de pairs sont intéressants, pour essayer d'en parler avec des confrères, « Toi qu'est-ce que t'aurais fait à ce moment-là ? », quelle stratégie mettre en place... complémentaire mettre en place, pour éviter d'arriver à une

370

375

erreur comme ça etc. Moi j'essaie de mettre... par exemple à la grossesse, à poser à partir de quinze ans à toute jeune fille, « Est-ce que y a un risque que vous soyez enceinte ? », déjà. Et deuxièmement, « Est-ce que y a un retard de règles ? ». Parce que je m'arrête pas à la première réponse. J'demande est-ce que y a un retard de règles, si y a pas de... si y a pas de contraception, est-ce qu'elle me dit qu'y a pas de rapports, j'pose quand même la question est-ce que y a un retard de règles. Après... voilà tu es obligé de faire... en fonction de ce qu'elles disent. Et puis euh... si t'as néanmoins un doute, je vais essayer de mettre des médicaments... le moins nocif pour une éventuelle grossesse, si j'ai un doute ou elle sait pas ou etc. Donc là je vais... trier...
380
385 Donc voilà, ça c'est une stratégie complémentaire à mettre en place, mais peut-être que cette stratégie que j'ai mis... complémentaire... en place, je l'ai apprise par quelqu'un qui m'a dit « Tiens j'ai eu un... une merde etc. », voilà. Donc ça c'est la stratégie personnelle. Toujours essayer de se poser... pourquoi est-ce qu'on est arrivé à cette erreur ? Même si elle est pas grave d'ailleurs. Pourquoi est-ce qu'on est arrivé à se tromper ? Et qu'est-ce qu'on peut mettre en place pour éviter de se tromper. Donc ça c'est déjà personnel. Après avec le patient... oui avec le patient c'est forcément... une reconnaissance quand même avec lui de l'erreur. Une explication aussi de ce qui a pu arriver à cette erreur. J'veux dire que la médecine, encore une fois elle est pas simple. Euh... que... on peut arriver dans certaines conditions à se tromper. Encore une fois, une grippe, qui se complique dans un deuxième temps, c'est pas une erreur !
390
395 Il faut faire la part entre l'erreur et la complication inhérente à la maladie ou à la... ou à la chronicité. Euh donc voilà. Euh... donc... voilà ! Et en discuter avec le patient et la famille du patient. C'est sûr que si tu arrives en... en tant que professoral rien que dans la consultation et que tu dises « Oui oui c'est ça etc. » [puis change de voix et de ton pour faire le patient et dire...] « Ah non docteur » [puis refait le médecin] « Écoutez c'est ça vous arrêtez de me casser les pieds, c'est ça etc. et tout ». Certains médecins n'arrivent pas à parler avec leurs patients. C'est sûr que derrière les patients vont être beaucoup plus à même à... à monter dans les tours, parce que ça n'a pas été fait. Si tu as une relation éclairée et tout et qu'tu dis « Bon ben voilà, je pense pas que ça soit... une occlusion chez cette personne âgée », on va d'abord la laisser à la maison, y a la stratégie etc. et puis que derrière t'apprends que la patiente t'en veut... que la famille t'en veut parce que finalement il a fait une péritonite etc., il a dû être opéré en urgence.
400
405 Que l'opération, comme c'est une personne âgée, s'est mal passée etc., et que finalement ça a abouti à quelque chose de grave. Euh... voilà. Alors ton but aussi c'est d'expliquer pourquoi tu as fait euh cette stratégie-là et tout. Moi l'autre jour j'ai laissé une personne âgée avec un potassium très bas à la maison. Une personne âgée qui était démente etc., quatre-vingt-trois ans, j'en ai parlé avec la famille. On a décidé ensemble qu'on n'allait pas l'hospitaliser tout de suite, qu'on allait la garder à la maison. Mais en sachant très bien, le risque qu'on pouvait prendre. Ce risque a été partagé, discuté, euh évalué, euh... et assumé.

D'accord.

415
420 Donc déjà, si t'as une démarche comme ça, euh... si derrière y a... y a un échappement au traitement, une erreur etc., euh... ben déjà t'es quand même plus... plus... plus proche de pouvoir parler avec la... avec la famille en particulier ou le patient. Donc il faut déjà assumer, reconnaître pourquoi ça s'est passé comme ça.

Mh.

425
Si y a une erreur, on peut... on peut clairement dire aussi « Ben, ouais je pensais pas. Honnêtement je pensais pas que ça évoluerait comme ça. C'est certainement peut-être effectivement une erreur de ma part d'avoir sous-estimé les choses. C'est très rare dans ma... etc... Mais... euh... », voilà ! Donc... Reconnaître une erreur euh... et surtout ce qui a amené

à l'erreur etc. et tout. Après comme dit y a des choses qui se passent, qui sont pas non plus une erreur du médecin. Encore une fois, une complication d'une... d'une grippe, c'est pas une erreur du médecin. A partir du moment où tu as dit « Si jamais y a ça vous me rappeler ».

430

Ouais, c'est une évolution défavorable et puis... ou même une non observance d'un traitement de la part du patient, ou toutes ces choses-là...

435

C'est pour ça que là... bien parler et d'expliquer, je pense qu'on... on... on fait une adhésion du patient aussi à l'observance, et aussi à... à cette... à cette trajectoire de santé qu'on a derrière.

Alors la dernière question...

440

Ouais ?

... pour les quelques minutes qui nous restent. Euh c'est... et là je suis sûr que vous avez encore plein d'idées. C'est... qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place comme moyens euh pour améliorer justement notre... façon à nous médecins généralistes de faire face à ce risque d'erreur ? Qu'est-ce qu'il... qu'est-ce qu'on pourrait faire qui n'existe pas encore, ou qui existerait mais qui n'aurait pas généralisé ?

445

450

Alors, je... je reviens sur ma culture d'échange, euh avec soit au local avec un groupe de pairs, soit participer à des formations, plus que les vingt-et-une heures de DPC obli... quasiment entre guillemets obligatoires, mais aller plus loin que ça. Et à participer à des... congrès scientifiques, à des réunions médicales euh... euh professionnelles. Pour moi c'est très important. C'est très important parce que c'est vraiment là où on a une ouverture, un échange, sur la pratique des confrères, et on est souvent... alors moi je... je... je travaille pas dans un cabinet classique, vous le savez bien, mais j'ai travaillé dans un cabinet classique quand je remplaçais etc., je vois des confrères le faire... on est souvent finalement un peu... isolé, euh par rapport à ses autres confrères et on peut prendre des habitudes, ou des facilités, ou des choses qu'on peut... qu'on remet pas forcément en question si on n'a pas une confrontation avec un autre professionnel. Donc voilà. Donc ça c'est important pour moi, vraiment cette culture de la formation permanente et cette culture de participer à des événements scientifiques. Donc ça c'est important et je le revendique dans ce que je fais en dehors de mon association, à essayer d'organiser ce genre de choses. Et puis la... la deuxième chose, c'est rester toujours humble par rapport à sa profession. Ne pas penser que le médecin sait tout. Ça c'est fini ! Le médecin qui sait tout, c'était le siècle dernier. Et encore... Penser aussi, contrairement à certains médecins, et certains même syndicats de médecins qui pensaient encore jusqu'à peu que le médecin était omnipotent. Non ! On est complémentaire, on est complémentaire avec ses collègues qui peuvent reprendre la suite d'une garde. On est complémentaire avec euh le médecin en cabinet qui va revoir le patient. On est complémentaire avec les spécialistes qui sont là. On est complémentaire avec euh le... le recours hospitalier d'urgence. Euh... Et on est... on est vraiment dans... dans... dans un endroit où y a plus UN médecin.

455

460

465

470

Et vous pensez que le patient...

Il est pas univalent.

475

... le patient attend de son médecin d'être omnipotent ? Ou c'est le médecin lui-même qui... ?

Les deux. Certains... certains patients souhaitent que le médecin sa... sache tout. Mais ils sont plus trop naïfs parce qu'ils savent très bien que le médecin peut les envoyer chez les spécialistes etc., donc ça ils sont pas naïfs non plus. Et la deuxième chose... certains médecins euh certains syndicalistes de certains syndicats euh pensaient que le médecin devait tout faire. Et c'est pour ça qu'ils s'opposaient à des systèmes de garde, qu'ils s'opposaient à... à voilà... Et ça je pense que c'est dangereux. Et d'ailleurs quand tu discutes avec les syndicalistes de ce syndicat aujourd'hui, ils sont revenus sur cette position, ils peuvent pas l'afficher parce que c'est le moule du syndicat, mais quand tu discutes... et j'ai de très bons amis qui sont... dans ce syndicat-là, et... tu discutes et tu vois qu'ils ont évolué par rapport à ce côté-là. Et que pour moi la médecine, elle doit être complémentaire, et que c'est aussi une façon de euh... finalement à terme, éviter ou redresser les erreurs éventuelles médicales qui peut y avoir.

D'accord.

Donc, FORMATION ! Initiale déjà, formation initiale en augmentant les stages effectivement en médecine libérale. Ça c'est clair. Formation continue, et plus même que de la formation, de la participation à... à des congrès scientifiques etc., éventuellement à la participation à des actions de recherche.

Ça existe déjà tout ça. Comment on...

C'est pas partagé ! Ça existe déjà mais c'est une minorité ! Les congrès scientifiques...

Et comment on ferait... comment il faudrait faire pour que... ça se généralise...

Ben j'pense qu'il faut déjà...

... à tous les médecins généralistes ?

Alors il faut déjà commencer par former les jeunes générations. A ça ! A une culture vraiment euh... scientifique. Et comment faire ? Ben... c'est la question qui se pose. Au collège on a organisé les régionales euh du collège, qui sont la déclinaison dans des régions de sessions du congrès national. Et là on vient de faire samedi la première à Nice. On en a une en septembre à Toulouse, on en a une en octobre à Strasbourg, on en a une en décembre à Rennes. Et euh le but, c'est d'essayer de toucher le maximum de gens. Mais c'est difficile. On espérait une centaine, cent-cinquante personnes à Nice, on était que soixante-dix. Et pourtant, on a fait des relances etc. et tout. Il faut voir aussi que, le médecin généraliste, intervient dans un cadre contraint. Il est contraint au niveau du temps, on va pas faire du syndicalisme ici, mais il est contraint aussi au niveau financier, euh... et ben à partir du moment où t'es obligé de travailler... Travailler, être *front-office*, et que tu as pas de temps pour ce... pour ce *back-office*. T'es obligé d'être dans le temps médical, et tu as pas de temps pour te... en tout cas il est pas financé... pour te former, pour aller en congrès, etc. Chaque fois qu'un médecin part en congrès, et ben il est obligé de trouver un remplaçant ou fermer son cabinet. Son cabinet, ses charges continuent à tourner et les pa... C'est pas comme un salarié ! Le salarié, lui il part, il a son salaire à la fin du mois. Le médecin généraliste, c'est vraiment des choses qui prennent du temps. Et comme il est pas valorisé ce temps-là, c'est pas simple. Non seulement valorisé financièrement, mais valorisé aussi parce qu'il... trouver des remplaçants n'est pas simple, et son cabinet ne peut pas tourner et donc quand il va revenir, il va avoir des... énormément de patients devant la porte, ou de patients qui n'auront pas été pris en charge. Et ça, c'est pas simple et c'est pas facile. Donc y a... y a... y a une culture déjà qui n'est pas. Elle n'y est pas

pour différentes raisons. Et une des raisons aussi parce quand on commence à travailler, on a la tête dans le guidon...

530 **Faut commen... faut protéger selon vous les... les conditions de travail du...**

Il faut protéger les conditions de travail, et il faut inculquer effectivement... et peut-être une aide, vraiment plus... importante. Et pas simplement ce qu'on a sur le DPC. Mais une aide vraiment plus importante. Et si on a une aide importante, je suis d'accord qu'il y ait un devoir.

535

Mh.

C'est-à-dire que ce soit opposable. Et que les médecins participent à des congrès. Vous voyez un congrès de cardiologie, vous avez euh vous avez quasiment 90 % des cardiologues qui un jour ou l'autre dans l'année vont à un congrès. Chez les généralistes, c'est 10-12 %. Pourquoi ?

540

Vous pensez pas plus ?

Pas plus. Ah non pas plus ! Pas plus ! Donc y a... y a... y a cette culture à faire...

545

Pourtant on est sensé... on est sensé avoir un... moi je sais que... on nous l'a rabâché pendant tout mon internat, qu'on a un devoir de formation continue. Mais qu'est-ce qui cloche du coup ? Y a pas de contrôle ?

550 Alors c'est pas une question de contrôle. Ben c'est une question que quand t'as le nez dans le guidon, et ben ce devoir là... ce devoir-là il est pas... voilà alors tu as un petit peu de DPC où tu vas faire des choses comme ça, mais... c'est pareil les groupes... les FMC ou les groupes comme les... qui sont... ou qui peuvent être organisées au local. Y en a de moins en moins aujourd'hui par rapport à ce qu'il y avait y a vingt ou trente ans. Euh... y a... les généralistes n'ont plus le temps de se former, parce qu'ils ont vraiment la tête dans le guidon. Que ça soit à cause des problèmes de nombre, que ça soit à cause des problèmes financiers, euh... ils... c'est pas... c'est pas simple. Donc moi je pense qu'il faudrait vraiment dégager euh un financement différent, pour cette formation, différent du DPC qui est pour moi pas à la hauteur des attentes. Et vraiment euh donc à partir de là, PERMETTRE vraiment au médecin de pouvoir sans perte financière, et en permettant aussi qu'il y ait des remplaçants. Derrière de pouvoir au médecin de se former et de revenir au cabinet formé, apaisé aussi, et dans un rythme de travail un petit peu différent aussi. Les conditions telles qu'elles sont exercées actuellement en France, de la médecine, pour moi, sont propices à la création d'erreur médicale.

555

560

565 **D'accord. Très bien, ben c'était très intéressant. Je sais pas si vous voulez rajouter autre chose ?**

Et en... en... au moment de la consultation rester humble, ça c'est vraiment important. Et être à la hauteur du patient et d'expliquer au patient. Et puis derrière, euh effectivement euh mettre en place ces stratégies d'évitement. Et si ces stratégies d'évitement n'ont pas permis d'éviter, et ben ne pas... se murer euh comme certains... ne répondent plus au patient etc. quand y a un conflit avec un patient euh de cet ordre-là. Essayer au contraire de... de... d'aller désamorcer, d'expliquer, de voir... et tout... le patient, et pas se braquer. Beaucoup de patients reprochent aux médecins qu'à partir du moment où y a eu quelque chose avant, le médecin était plus joignable, des chirurgiens qui sont plus joignables une fois qu'ils ont opéré, qu'y a une erreur, ils veulent plus le voir... mais ça existe aussi chez les dentistes etc. et tout. Ça j'y pense qu'il faut

570

575

rester, il faut pas oublier qu'on est là pour le patient et qu'il faut... Après y a des patients qui sont chiants et qui sont... qui sont... qui ont des choses qui dem... qui ont des demandes et des recherches d'intérêt ou des choses qui sont indues. Là aussi il faut savoir les remettre à leur place. Mais, il faut faire la part des choses par rapport à ce qui est réellement. Et rester humble dans notre travail, parce que... il faut être clair, même si on met tout en œuvre, y aura et y aura toujours des erreurs médicales, ça existe dans tous les pays du monde. Voilà. Mais y a... un cadre, qu'on peut faire et qu'on peut améliorer effectivement pour tendre... vers zéro.

585 **On l'espère. [Rires]**

Voilà. [Sourire]

590 **Merci beaucoup, c'est très bien.**

[Fin de la transcription]

Entretien 15**Profil du participant :**

Code participant	15
Sexe	Femme
Age (ans)	42
Durée d'exercice (ans)	13
Zone d'activité	Rurale, Urbaine, ZFU
Mode d'installation	Association
Maître de stage	Non
Spécificité de l'activité	Urgence 24/7

Contexte de l'entretien :

Lieu de l'entretien	Cabinet Médical
Durée de l'entretien (mn)	19

Transcription de l'entretien :

Gras : Intervieweur
Normal : Interviewé
[...] : Paratexte

[Début de la transcription]

Pour... alors pour vous l'erreur médicale, ça évoque quoi ? Comment vous définiriez ces deux termes ?

5

Ouh c'est compliqué. [Rires] L'erreur médicale... [silence]

Alors, cherchez pas à trouver la définition officielle...

10 Non non non. Ouais, non.

... je sais pas si elle existe.

15 Pour moi, pour moi c'est quand même quelque chose de grave. Qui... qui arrive... de manière grave au patient. Faut qu'il y ait... une mise en jeu de la... de la vie du patient pour que je dise c'est une erreur médicale.

D'accord. Donc c'est ça qui va faire la définition pour vous de...

20 Pour moi ouais, pour moi une erreur médicale c'est quelque chose de... de grave.

C'est grave par rapport aux répercussions sur le patient ?

Oui !

25

Seulement sur le patient ?

Oui, parce que ça concerne le patient. Mais après... Enfin voilà, j'e... j'estimerai que j'ai fait, pardon... que j'ai fait une erreur médicale, si quelque chose de grave arrive, de par ma faute.

30 **Et si rien n'arrive ?**

Et ben si rien n'arrive, alors ça serait une petite erreur médicale mais du coup ça serait pas une erreur médicale. Ça serait un petit euh... enfin j'appellerais pas ça une erreur médicale. Vous voyez. Pour moi c'est... erreur médicale faut que ça soit... faut qu'il y ait des choses graves qui arrivent après.

D'accord. Et... et par rapport à la faute, vous différencieriez les deux comment ?

[Silence, en pleine réflexion] Et ben la faute ça pourrait être un... un retard de diagnostic ou euh... une erreur de traitement mais qui porte pas vraiment à conséquence, mais qui a quand même... qui est quand même une erreur manifeste et qui nécessite d'être changée. Vous voyez ça serait... moins... moins grave quoi.

45 **D'accord. Dans quelles circonstances dans votre quotidien, vous pensez... enfin dans votre... dans votre pratique, vous pensez à l'erreur médicale ?**

Ah mais tout le temps !

Tout le temps ?

50

Mh.

Chaque patient ? Chaque... chaque consultation ?

55 Non, quand même pas chaque patient, mais... si vous voulez, j'aime beaucoup lire euh... la... les compte-rendu de procès que m'envoie ma prévoyance MACSF [rires]...

[Rires]

60 ... où ils t'racontent toutes les erreurs médicales qu'il y a eu et les graves. Alors c'est peut-être pour ça que pour moi l'erreur médicale c'est quelque chose de grave, mais tous les mois ils t'envoient des cas cliniques de euh...

Ah d'accord.

65

... de choses qui se sont passées, de ce qui aurait pu être fait et tout ça. Et du coup à chaque fois, j'ai l'impression que ça me remet d'équerre, en me disant « Ok, tu avais peut-être un petit peu oublié qu'il faut faire gaffe, donc maintenant tu te reconcentres et tu... tu fais les choses proprement et correctement. ». Donc j'aime bien... j'aime bien lire ces trucs-là, parce que ça me...

70

Ouais, c'est leur façon peut-être d'éviter d'avoir des procès...

Voilà, enfin oui...

75

... trop onéreux, avec leurs sociétaires. [En riant]

Ils rappellent un peu les choses.

Ouais mais c'est bien !

80

Oui.

J'savais pas qu'ils faisaient ça.

85

Si.

D'accord. Et alors... et alors par rapport... hum... Tout à l'heure vous parliez de l'erreur médicale et des répercussions par rapport au patient.

90

Ouais.

Euh, donc c'est ça qui vous inquiète vous ?

Oui.

95

C'est les répercussions auprès du patient ?

Ouais.

100

Et... si je vous parle de répercussions sur le médecin, ça vous fait penser à quoi ?

Ben, nécessairement, si y a des répercussions au patient... chez le patient, c'est sûr que si ça me concerne, je vais pas être bien, il va y avoir... euh... mise en cause, procès, enfin en tout cas recherche de responsabilités, et c'est sûr que... ça va pas être génial quoi.

105

D'accord. Donc ça peut quand même être une source d'anxiété si je comprends bien... chez vous si jamais... ?

Ah ben oui ! Oui !

110

D'accord. Très bien. Et par rapport à la relation que vous pouvez avoir, que vous pouvez entretenir avec le patient... euh... quel peut être l'impact de l'erreur médicale ?

115

Alors... alors je vous cacherais pas que j'ai fait récemment un... une formation sur justement comment éviter l'erreur médicale, ou... je sais plus trop c'était quoi... enfin c'était réalisé aussi par la MACSF, et du coup il nous a parlé un petit peu de tous ces trucs-là. Donc, j'ai peut-être un petit peu déjà euh...

Ben c'est bien.

120

Ouais.

[Rires] C'est pas de la triche !

125

Ouais. Moi je trouve ça nous concerne pas trop parce que... enfin, de ce qu'ils disaient... ouais ils disaient qu'effectivement c'est... ça concerne soit les patients qui sont trop enfin... qui sont

hyper fusionnels avec leur... leur pa... leur médecin. Euh... mais je trouve que nous dans notre cabinet d'association ça nous concerne pas parce que justement on a une relation... enfin on n'a pas de relation de suivi quoi. Donc, pour moi la... pour moi je suis pas sûre que la relation...
130 joue beaucoup.

D'accord. Très bien, ben c'est...

135 Enfin je sais pas... oui.

Ouais, c'est tout à fait ce à quoi je m'attendais. [Toux] Et... est-ce que vous vous sentez armée dans votre pratique, face à ce risque d'erreur, ou pas forcément ?

140 Je pense pas forcément, parce que vous voyez je me suis sentie euh... j'ai eu envie de m'inscrire à cette formation là qu'ils avaient fait la MACSF, où c'était très sympa, j'ai appris plein de choses sur comment... comment réagir... en cas de plainte, je crois que c'était ça... plutôt... le thème.

145 **Donc là on est plus sur le versant prévenir les conséquences.**

Ouais. Voilà. C'est-à-dire après l'erreur...

Après l'erreur, comment réagir ?

150 ... comment réagir pour... pour pas ré-aggraver les choses par derrière, quoi.

Voilà c'est ça.

155 Et puis qui contacter, faire les trucs... donc juste je trouvais ça assez intéressant. Donc non je pense pas que je suis... enfin personne n'est à l'abris d'une erreur, de toute façon.

160 **D'accord. Et puis les moyens que... les moyens que vous utilisez... donc là vous en avez déjà évoqué quelques-uns, mais... quels sont en gros les moyens... tout le panel de moyens que vous utilisez pour... pour prévenir les erreurs médicales, et puis surtout pour gérer aussi les conséquences des erreurs médicales dans... dans votre quotidien ?**

165 Alors ben pour prévenir les erreurs j'ai le... l'hospitalisation relativement facile, j'ai la prise de sang et la biologie relativement facile. Je dis aux gens de reconsulter si y a pas d'erreur... enfin si ça va pas mieux. Euh... Après j'ai plein de petits trucs mémo-techniques là sur mon téléphone, j'ai Antibioclic, j'ai ECGclic, enfin tu vois tous... des trucs... pour être... euh à peu près... à jour sur les prescriptions. Euh... voilà. Qu'est-ce que je fais d'autre ? Bon, je fais de l'écho, mais c'est pas spécialement pour prévenir l'erreur médicale, c'était juste pour... pour m'amuser. Enfin voilà, j pense y a ça.

170 **Ouais, ben c'est déjà pas mal.**

Et après pour euh... pour prévenir les conséquences euh... je sais pas... parce que ça m'est jamais arrivé. Donc euh...

175 **Très bien.**

Donc du coup...

180 **Très bien. Mais... Tout ce que vous utilisez... donc pour prévenir l'erreur médicale, vous avez l'impression que c'est efficace, ou vous avez l'impression que... ça a ses limites quand même ? Quel est votre ressenti par rapport à tous ces outils ?**

Ben... c'est mieux que sans. [Petit silence] Mais je pense c'est... enfin j'ai régulièrement des... des... des remises d'équerre comme je dis.

185 **C'est-à-dire ?**

190 C'est-à-dire que... tout roule et puis tu te relâches un peu... et puis une fois tu tombes sur un patient où ça se passe aussi bien, où t'es pas sûr de toi et puis du coup tu te remets un peu en question, tu te dis « Ah tu te relâchais un peu trop donc maintenant ». Vous voyez ne pas être tout le temps dans le... dans la routine quoi.

Mh.

195 Ça aussi je pense que c'est pas mal de... de régulièrement te dire voilà « Là t'étais trop dans la routine, donc tu te reconcentres vraiment proprement pour... pour être à fond quoi ».

Ouais, je comprends.

200 C'est pas très clair peut-être ce que je dis... mais ouais.

Si, si, si, si !

[Rires]

205 **Si, si je vois en fait vous pensez que la routine euh...**

Endort... endort les réflexes...

210 **... peut être source d'erreur.**

Ouais tout à fait.

Ouais, c'est parfaitement clair.

215 Ouais.

Et...

220 En tout cas pour moi. Parce que quand je suis trop dans la routine, au bout d'un moment y a toujours un truc qui m'arrive et qui me fait me... ouais un peu me remettre en question et... ça arrive régulièrement, c'est tous les mois où... donc... Et j'aime bien parce que du coup, je repars sur le bon pied, vous voyez, j'ai l'impression. [Rires]

225 **Ben oui, c'est tout à fait compréhensible. Et... qu'est-ce que vous pourriez proposer à l'échelle globale d'une population de médecins généralistes euh... dans le but de...**

d'améliorer notre... démarche qualité, on va dire ça comme ça... ou notre proposition de soin, toujours avec cette optique-là de réduire le risque d'erreur médicale ?

230 Ben... moi j'pense faire des formations quoi.

Faire des formations.

Ouais.

235

Est-ce que vous pensez qu'il y a un manque à... à pallier dans notre... dans nos formations, dans ce qu'on a à disposition ?

240 Ben oui, puis nécessairement, de toute façon tout ce que t'apprends ça risque de se périmé quoi, donc...

D'accord.

245 Ouais de toutes... de toutes les formations que je fais, j'apprends régulièrement des choses que j'intègre dans ma pratique.

C'est vrai que vous vous avez... vous vous avez la chance comme vous l'avez évoqué tout à l'heure, d'avoir votre... votre assurance la MACSF qui vous propose régulièrement des formations...

250

C'est pas régulièrement. C'est juste eux là... euh... mais c'était dans le cadre de la FMC de l'OGDPC.

D'accord.

255

En fait. Et donc comme je... je trainais un soir sans rien faire [rires]...

[Rires]

260 ... j'me dis « Tiens j'm'inscris ». Non, mais après je fais beaucoup de forma... ben moi je valide toutes mes formations qui sont prises en charge la par OGDPC et régulièrement on change de thème et...

D'accord.

265

... c'est sympa tu fais de temps en temps de l'ORL. La dernière fois on avait fait une formation sur les bilans sanguins. Ben c'est pareil, ça m'a remis... ça m'a... ça m'a réappris des choses plus récentes. Après tu refais un truc sur le VIH ou sur... La dernière fois on a fait sur les... sur la pneumo, enfin vous voyez t'as plein de choses. Et puis c'est pas mal de pouvoir... mettre à jour tes infos quoi.

270

Je vais revenir sur une question que je vous ai posé tout à l'heure. C'est... peut-être que j'étais pas convaincu de la réponse [rires].

275 Ouais [rires], pas de soucis.

J'en... j'en veux un peu plus.

Ouais.

280

C'est... sur... votre sentiment... par rapport à... tous les moyens que vous avez à disposition...

Ouais.

285

... face à ce risque-là ?

Ouais.

290

Vous parliez tout à l'heure du risque pour le patient, c'est...

Ouais.

295

... quand même pas des risques négligeables.

Ouais.

Des risques pour le... pour le médecin aussi.

300

Ouais.

Est-ce que finalement vous avancez en sécurité dans votre profession, dans la pratique de votre profession par rapport à tout ça ? Ou est-ce que vous aimeriez en avoir un peu plus ?

305

De sécurité ?

De... de... de moyens, de garanties... ?

310

Ah, euh [silence]... non, parce que je reste convaincu que c'est souvent la faute à pas de chance. Euh... et que j'estime que je fais relativement correctement mon boulot.

Et quand on fait correctement finalement... ?

315

Alors... ben peut-être...

Après...

320

Ben... tout peut arriver. Et je peux me tromper et tout ça mais euh... [silence] Non, ouais non, enfin... C'est pas une énorme crainte pour moi l'erreur médicale. Mais je sais qu'elle est là et je sais que peut-être ça va certainement me dévaster si un jour ça m'arrive... et... et voilà quoi, je... enfin, comme je lis régulièrement les compte-rendu de procès [rires]...

[Rires]

325 ... je me prépare un petit peu à ce qui m'arrivera et c'est va... mais c'est vachement intéressant
quoi ! Tu te dis « Putain mais là... ah ouais effectivement ils ont déconné, j'déconnerai plus là-
dessus ! » Et... et j'aime bien vous voyez me...

330 **Mais c'est bien, parce que ça semble au contraire... au lieu de vous... au lieu de vous
stresser comme ça pourrait être le cas...**

Ouais.

335 **... ça semble au contraire...**

Oui !

340 **... donner un cadre à votre travail qui fait que... vous gagnez en sérénité... par
l'expérience peut-être.**

Voilà ! Mais j'ai des copines que ça stressait. Et qui ne le lisent plus. [Rires]

Voilà. Je pense que d'autres... d'autres ça stresserait de lire tous ces compte-rendu.

345 Ah non moi je les lis avec avidité, en me disant « Qu'est-ce que j'ai à apprendre aujourd'hui
pour ne plus faire » ... [Rires]

350 **Ouais, c'est une question un peu... un peu complexe à aborder l'erreur médicale parce
que selon le... le vécu...**

Ben oui.

355 **... de chaque médecin euh... les mots vont changer, les... les témoignages vont changer...
tout, tout change.**

Ben, c'est clair.

360 **En tout cas on voit que... chez vous en tout cas, c'est... c'est quelque chose que vous
aborder avec sérénité.**

Ouais.

Et... et plutôt tranquillité.

365 Ouais pour le moment. Enfin, le jour où je serai dedans...

Ben c'est bien.

... ce sera certainement pas comme ça.

370 **Vous appréhendez un petit peu ce jour où... surviendra l'erreur que... chaque médecin
peut redouter ou... ?**

Non, j'ai du mal à me projeter en fait. Je pense que...

375 **Vous préférez ne pas y penser ?**

Oui. Enfin, oui et non parce que... si, vous voyez régulièrement... régulièrement j'ai cette petite décharge en me disant « Ah... attention ! » [Rires]. Donc si, je pense que j'y pense régulièrement. Mais pas... peut-être pas en... en passant de l'autre côté et en envisageant ce qui va vraiment se passer. C'est juste l'idée de l'erreur médicale qui est là, un petit peu comme une épée de Damoclès mais... que je ne visualise pas à fond. C'est juste le... le concept. Et donc je fais gaffe à ne pas... mettre en pratique ce concept. Après...

385 **Si, je vois. Je vois, je vois. En tout cas je vous remercie beaucoup pour... pour ces réponses. C'est bien parce que ça... ça m'apporte des... un regard un peu différent de ce qu'on peut entendre d'habitude...**

D'accord.

390 **Et... et... Je sais pas si vous avez encore des ajouts, des questions... ?**

Écoutez non c'était... non, ça va.

395 **Merci beaucoup.**

[Fin de la transcription]

Entretien 16**Profil du participant :**

Code participant	16
Sexe	Homme
Age (ans)	61
Durée d'exercice (ans)	33
Zone d'activité	Urbaine
Mode d'installation	Association
Maître de stage	Oui
Spécificité de l'activité	Maison de Santé

Contexte de l'entretien :

Lieu de l'entretien	Cabinet Médical
Durée de l'entretien (mn)	36

Transcription de l'entretien :

Gras : Intervieweur
Normal : Interviewé
[...] : Paratexte

[Début de la transcription]

Et donc... vous la faites [en parlant de la thèse]... Je... je sais avec qui vous le faites. Vous le faites... avec une hypothèse ? Avec quelque chose à démontrer ? Avec... Quelle est votre intention quand vous... quand vous la faites ?

Alors le... alors le titre de l'étude c'est « Prévention de l'erreur médicale en médecine générale : moyens et perspectives ». L'objectif c'est vraiment... euh... d'enquêter auprès des médecins généralistes sur... les moyens qu'ils utilisent dans leur pratique, pour lutter face à ce risque d'erreur médicale, pour... ben amoindrir au maximum ce risque, pour... l'objectif c'est également d'analyser, leur façon de gérer aussi l'erreur médicale. Et... et puis... éventuellement aussi de recueillir leurs idées, pour améliorer éventuellement nos moyens par rapport à ce risque-là. Si jamais... En général, pour l'instant ceux que j'ai rencontré ont tous des idées, qui pourraient... qui pourraient améliorer les choses.

Donc vous dites que c'est l'idée, non pas de la gestion du risque, mais de la réduction du risque.

Voilà, les moyens pour réduire, ouais. En médecine générale.

Ouais.

Donc c'est une étude qualitative, euh... pour laquelle du coup je fais les entretiens... et... donc...

Et vous avez déjà identifié... est-ce qu'il y a un gros problème de santé publique ?

30 Alors on a essayé de... regarder euh... Moi l'idée m'est venue de faire un... ma thèse sur un tel sujet, par rapport à ma propre expérience. Notamment euh ma propre expérience de l'erreur médicale. Et euh... je me suis rendu compte euh... que... la gestion de l'erreur médicale était... pouvait être compliquée et qu'on n'y était pas forcément préparé. Euh... ensuite j'me suis rendu compte qu'il existait une... une grande différence entre le médecin face à... ce risque-là en libéral, notamment en médecine générale, et mon expérience en tant qu'interne en milieu hospitalier. Et... donc face à cette différence-là, ben j'ai regardé effectivement l'erreur médicale en médecine générale c'est un problème qui... ben qui 35 n'est pas forcément plus présent que dans d'autres spécialités, mais qui de plus en plus... euh... à l'origine de problèmes, non seulement chez le patient, mais aussi surtout chez le médecin. Donc y a quelques... y a pas mal d'articles qui sortent de plus en plus sur les... répercussions négatives de l'erreur médicale, et l'incidence de l'erreur médicale auprès du médecin. Donc... c'était surtout par rapport à ça.

40 En termes de... risque pour la santé du patient ? Ou en termes de dépenses de santé ? En termes de mortalité, morbidité ?

45 **Non pas tellement par rapport à ça que...**

C'est en termes de quoi que... le... le risque que vous avez identifié et que vous cherchez à réduire. Euh... il est... il est... c'est quoi ? Il représente quoi ?

50 **C'est en termes de... de bien-être du médecin. Il a été mis en avant que cet... le risque d'erreur médicale, pouvait s'accompagner d'un... d'un... on va dire d'un mal-être, d'un risque de *burn-out*, chez le médecin. Alors c'est pas le seul... c'est pas le seul élément.**

Mh.

55 **Après bien sûr qu'y a le... y a cette dimension de santé publique avec euh un risque euh pour le patient, qui... qui faudra toujours... qui existe et qu'il faut toujours essayer de... de minimiser. Il y a des études qui ont été faites par des assurances, des compagnies d'assurances qui... qui... mettent en... en avant, euh... donc des erreurs médicales, plus ou moins graves, qui ont été faites, notamment en médecine générale ou bien d'autres 60 spécialités et... et puis qui mettent quand même en avant le fait que c'est... ben c'est un risque qui existe hein, qui est peut-être encore...**

65 Si je me rappelle encore les statistiques qui sortent... qui sont... sorties par exemple par la compagnie Le Sou Médical, moi j'suis dans cette compagnie, et il publierait chaque année... un peu une liste des... des contentieux juridiques qu'il peut y avoir. En fait les erreurs médicales en médecine générale portent essentiellement sur des problèmes de certificat. Donc c'est des... des... des... des emmerdes [rires] importantes administratifs, mais on... des erreurs qui conduisent à un préjudice santé pour les personnes, y en a pas tant que ça en médecine générale. On dirait hein.

70 **Mh.**

75 Euh... par... alors par contre, dans les spécialités chirurgicales, l'anesthésie, c'est casse-gueule comme c'est pas permis, voilà. Euh... donc la médecine générale semble pas être un gros problème là-dessus. Mais par contre ce que vous dites vous... que ça peut miner la... la santé des médecins généralistes, parce que... ils se trouvent sous la pression de dire « J'ai fait une

erreur, qu'est-ce qu'il s'est passé, comment j'en suis arrivé là », c'est un peu ça pour vous l'idée...

80 **C'est surtout que... enfin moi... j'suis parti un peu de mon propre constat. Il y a pas vraiment de références bibliographiques vraiment sur ces questions-là...**

Mh.

85 **... c'est que moi j'avais l'impression qu'on n'était pas préparé à ça. On a une formation qui... il faut le reconnaître est solide sur plein de niveaux, mais...**

Mh.

90 **... euh... la gestion de l'erreur médicale... la prévention de l'erreur médicale on va dire que c'est... c'est dans notre formation, en faisant notre travail comme il faut. Par contre dans la gestion de l'erreur médicale, là effectivement, j'me suis pas senti préparé à ça, et... et puis même...**

95 Ça, ça vous a interpellé, vous vous êtes dit « Qu'est-ce qu'il se passe là ? »

100 **Ça m'a interpellé. Et même le... la prévention de l'erreur médicale, on peut s'dire si on fait bien notre boulot correctement etc. euh... automatique... automatiquement on prévient l'erreur médicale. Et puis finalement en pratique, notamment en pratique individuelle... le risque existe quand même, et puis... euh... même s'il existe toujours des moyens pour minimiser ce risque, on... enfin c'est... mon sentiment hein.**

Moi, j' préfère parfois la notion de prévention des événements indésirables. C'est un peu différent.

105

Mh.

L'erreur médicale, c'est un des événements indésirables...

110 **C'est ça.**

Mais... peut-être qu'il est un peu marqué. L'aborder sur cet angle-là, c'est peut-être un peu le marquer, je sais pas. On va peut-être en parler.

115 **Oui oui, ben...**

120 On va vous laisser faire votre travail [rires]... J'ai tendance à penser que... euh... MOI je sais, que je peux faire des erreurs, et c'est ça qui est important. JE SAIS, et donc je... ma gestion, c'est de partir avec l'idée que je sais que je vais faire une erreur, que je pourrais faire une erreur. Ce matin, j'ai... affiché avec une de mes internes, un super diagnostic que j'étais persuadé d'avoir fait, et puis au fur et à mesure de la consultation, à un moment je me suis dit « Merde, il me manque cet élément-là, j'me trompe peut-être. », et je corrige.

125 **Ben c'est justement là du coup... c'est justement pour ça que je suis là. Pour... pour voir finalement au quotidien, comment vous... comment vous faites pour éviter justement de faire des erreurs. C'est ça qui est... Et puis surtout après pour vos idées...**

Mh.

130 **Donc, euh... voilà. Après j'suis pas là pour vous interroger sur votre vécu de l'erreur médicale hein...**

Ah ouais ! [Rires]

135 **... pour vous demander si vous avez des exemples et tout. Libre à vous de... de citer les situations qui vous concernent si vous pensez que ça peut... être utile. Et... et bien évidemment ce sera... ce sera anonyme et puis confidentiel hein. Donc euh... voilà, j'sais pas si vous aviez des questions par rapport à tout ça ?**

[Rires] J'en ai posé déjà une bonne série.

140 **D'accord. Ouais, c'est vrai, je m'étais pas préparé, d'habitude...**

C'est vous qui les posez. [Rires]

145 **Jusqu'à présent c'était toujours moi qui les posais [rires]. On m'en posait souvent après l'entretien, et... mais c'est bien, c'est un bon exercice pour moi.**

Pardon, je voulais pas vous mettre en difficulté.

150 **Non, non non.**

C'est intéressant.

155 **Et... donc... Alors j'vais déjà vous demander... si... si j'peux m'permettre votre âge, et votre durée de... d'exercice ?**

160 Alors j'ai soixante-et-un ans, et j'me suis installé en mille-neuf-cent-quatre-vingt-neuf, donc ça doit faire euh... vingt-sept ans, vingt-huit ans bientôt. Et... euh... j'ai fait des remplacements pendant cinq ans auparavant. Donc c'est... l'exercice... j'vais l'compter dans l'exercice. Ça fait... trente-...trois ans d'exercice.

D'accord. D'accord. Et... du coup vous êtes maître de stage si j'ai bien compris. Est-ce que vous faites des gardes ?

165 Non.

D'accord.

J'en ai fait, mais j'en fait plus.

170 **Ok. [Toux] Donc... le... le premier élément du coup qui va... qui va m'intéresser, c'est... votre façon... même si là j'en ai eu déjà quelques éléments de réponse dans ce que vous m'avez dit tout à l'heure, c'est votre définition à vous de l'erreur médicale ? Qu'est-ce que ça représente pour vous ?**

175

Euh... [rires] des... des moments où... alors j'vais parler de moi... où je me trompe. Soit sur un diagnostic, soit sur... je préjuge un pa... un patient, soit sur une thérapeutique, soit sur une... un plan de prise en charge...

180 **D'accord.**

... soit sur l'évaluation *a priori* d'un appel téléphonique euh est-ce que ça presse ou ça presse pas, et puis.... Ça serait un peu... l'erreur que je commettrais dans l'exercice de ma profession.

185 **Ok. Et... et vous la distingueriez comment l'erreur de la... de la faute ?**

Ah, l'erreur c'est pas intentionnel. La faute ce serait intentionnel. Alors, ou bien, ça peut être euh... j'sais qu'on avait fait une formation, alors j'devrais savoir la réponse [rires]... ne pas... ne pas par exemple ne pas avoir actualisé mes... connaissances, et que ça entraîne une erreur, et bien ça c'est une faute. La faute c'est de ne pas actualiser mes connaissances, et après j'fais une faute. C'est un peu comme ça que j'le... j'le verrais.

Ok.

195 Ne pas... bouquiner, ouais, ça c'est... du domaine de la faute. L'erreur est... est pas intentionnelle.

D'accord. Et l'erreur, du coup, vous y pensez à quel moment dans votre pratique ? Ce risque d'erreur médicale ?

200

J'l'ai tout le temps en tête.

Tout le temps en tête. Et du coup...

205 Sans en faire une obsession quoi ! C'est pas... J'suis pas terrorisé par mon métier hein... Mais par contre, je sais toujours... toujours toujours, que l'erreur est... présente. Je... je peux me tromper. Je sais que je peux me tromper. Ça c'est peut-être l'expérience qui me permet de dire comme ça... je sais que je peux me tromper, du coup, toutes mes décisions... sont... entourées de cette... de cette ouverture possible.

210

D'accord.

J'peux me tromper. Mes interrogations aussi... quand je... quand je fais un interrogatoire... euh... « Est-ce que j'ai bien compris ? Est-ce que c'est bien ça ? » Je sais que j'peux m'tromper. C'est un... en tout cas quelque chose de ce genre-là.

215

Et vous pensez que c'est... c'est... c'est utile d'y penser à chaque fois ? Ou au contraire, vous pensez que c'est...

220 Ah oui... parce que... l'erreur a un petit rapport avec l'incertitude hein. Donc, je considère que les généralistes, et moi en particulier, euh... j'suis un expert du travail en situation d'incertitude. C'est-à-dire que... c'est exceptionnel que j'ai... des certitudes... euh... diagnostiques... des éléments complémentaires ou même thérapeutiques, à apposer à un patient. C'est vraiment exceptionnel. Et... c'est... c'est... Le savoir c'est... euh... savoir aussi que ben... ce que je
225 peux affirmer à un moment donné, ça peut être erroné. Euh... ce à quoi j'peux croire même du

plus... sincèrement du... du fond de mon cœur, du fond de mon cerveau, c'est peut-être une erreur. Euh... j'prends un exemple en ce qui me concerne... le maternage. Euh... j'ai deux enfants, mon premier enfant est né à l'époque où on... disait que les enfants devaient dormir sur le ventre, pour prévenir les... les morts subites des nourrissons. Et... mon deuxième enfant
230 il est né à l'époque où on disait qu'il fallait qu'il dorme sur le dos. [Rires] Voilà. C'est... un espèce de... Et depuis, on est resté sur cette question-là, que c'est... y a moins de danger à dormir sur... pour l'enfant à dormir sur le dos. Voilà, ça c'était... un de mes enfants aurait pu mourir parce que j'appliquais...

235 **Les recommandations.**

... des recommandations médicales, de haut grade ! Vous voyez... j'l'ai fait ! J'l'ai fait dormir sur le ventre. [Rires]

240 **On est toujours en... en...**

Vous voyez.

245 **... en phase de... de recherche. En phase expérimentale.**

Peut-être pas expérimentale, mais on n'est jamais... complètement certain des choses. Restons modeste hein pour ça.

Mh.

250

J'aurais pas pu être chirurgien [éclat de rire]... Quand il faut y aller... Bon.

Y a trop de doutes ?

255 Oui y a beaucoup de doutes. Et surtout tous les... heureusement que je l'ai, parce que c'est un moteur de ma... ma spécialité. C'est grâce à ce doute que je pense arriver à faire une médecine plutôt sympa pour mes patients. Voilà. Parce que j'suis jamais... archi-sûr de moi, si quelqu'un me dit « Le Lévothyrox il n... depuis que je prends le Lévothyrox, euh ça va pas », j'ai beau avoir tout lu en disant le Lévothyrox y a pas de problème, et quand même les gens le disent le disent, ben j'écoute, « Et si j'me trompais ? » Voilà, c'est un peu...
260

Mh.

Voilà, c'est utile !

265

D'accord. Et... qu'est-ce que vous appréhendez dans ce... dans ce risque d'erreur médicale ?

270 Ben d'faire une grosse connerie... par une grosse une erreur. [Éclat de rire] De... porter préjudice à quelqu'un.

Préjudice pour la... le patient.

Ben ça c'est en premier ouais.

275

Mh. D'accord.

C'est-à-dire de... de faillir à... à l'essence de mon métier.

280 **D'accord. Donc ce serait plus par rapport au patient alors ?**

Ben par rapport à moi aussi, bien sûr. Bien sûr, je... je veux pouvoir me regarder dans une glace. C'est quelque chose comme ça, c'est comme ça qu'on le dit. Oui, bien sûr. Euh... j'aurais honte...

285

D'accord.

... de... de faire une grosse erreur.

290 **Et une petite erreur ?**

Non, j'aurais pas honte. Non, ça... [en souriant]

[Rires]

295

J'en ai fait. Donc... maintenant je sais comment... j'suis pas mort, j'ai fait des grosses aussi.

Du coup vous... vous gérez ça comment alors ?

300 Ben je... je sais, ça m'a épaissi le cuir et puis... et... ça me... ça me... ça m... ça m'améliore en tant que médecin, parce que du coup, ça me rend capable de... subir des blessures. Je... je... mes blessures narcissiques, ça m'a un petit peu... fait redescendre sur Terre, voilà. [Rires] Ouais, il faut positiver. Ça m'a donné de l'expérience, ça m'a... euh appris des choses. Et encore aujourd'hui j'apprends, mes erreurs m'apprennent des choses. Tout à l'heure je parlais
305 de ce patient, où je pense que je suis en train de faire une erreur, j'suis en train de partir sur un truc erroné. Ben ça va m'apprendre quelque chose... sur la pathologie dont il souffre. Je vais... bosser, bouquiner, raf... rafraichir mes connaissances, revoir son cas, pour trouver le moins mal pour lui quoi.

310 **D'accord. [Toux] Et du coup dans votre pratique, là on en vient finalement à la question qui nous intéresse. Euh... quel(s) moyen(s) vous... vous disposez, vous utilisez pour... pour minimiser ce risque ?**

315 Je... j'enseigne, et je reçois des internes, et... je suis exigeant avec eux. Et du coup, je suis exigeant avec moi. Euh... je... j'actualise mes connaissances, quand j'entends parler d'un truc où j'me plantais « Ah bon ? C'est comme ça... Euh... la glycémie... c'est... le diabète ça se définit comme ça ? Ah ! » [En riant] J révisé. Bon... c'est un premier moyen. Euh... j'ai des... j'lis des articles de... de formation continue, je... participe... j'ai créé un groupe de... un groupe de pairs, où on confronte nos expériences. J'suis attentif, j'fais attention. Je... revois
320 les... ma façon dont je note dans le dossier. Et j'essaie d'optimiser le dossier médical. Le dossier médical informatisé m'a permis de réduire certains risques d'erreur que j'avais avec le dossier papier.

En en... de... pour quelle(s) raison(s) c'est mieux au niveau informatisé que papier ?

325

Parce que l'information est accessible, parce qu'on peut mettre des alertes... alors que le dossier papier, j'ai vécu ça... une information importante, qui est enfoncée tout au fond derrière les paperasses, et que j'avais oublié, évidemment. [En riant]

330 **D'accord.**

Là je peux... pousser l'information en... premier, que je verrai quoi. Donc j'utilise des méthodes automatisées... j'utilise un logiciel d'aide à la prescription. C'est trop bien ! Un truc qui me dit « Attention quand tu prescris ça avec ça... tu... c'est foireux ton truc. » C'est...
335 ben... ouais je lis... « Ah bon, et merde j'avais oublié ! ». Je compte sur le pharmacien, j'essaie de... de nouer des bons liens avec le pharmacien, pour lui demander conseil, et pour que... il me rappelle des trucs. Et... quand j'ai fait une erreur de prescription, qu'il hésite pas à me dire « Vous êtes sûr de votre prescription, vous avez marqué ça... c'est une dose inhabituelle. » « Ah oui effectivement... », on prend des habitudes... Voilà. C'est... J'ai des garde-fous.

340

D'accord. Ben ça fait pas mal de... pas mal de moyens.

Ouais.

345 **Et... et... et comment vous f... vous faites ou vous feriez pour gérer une erreur médicale qui serait déjà survenue ? Quel que soit le type d'erreur.**

La mienne ou celle de quelqu'un autre ?

350 **Plutôt la vôtre.**

Donc euh... c'est le cas où je... je découvre que j'ai fait une erreur.

Ben... prenons l'exemple d'une erreur de diagnostic par exemple.

355

Oui.

Euh... vous découvrez que vous êtes... vous vous êtes trompé de diagnostic. Euh... indépendamment de la gravité, indépendamment de... des conséquences, quelle est votre réaction... ?
360

Alors, si c'est pas grave, j'en fait pas un plat. Voilà, hein. J'corrige mes procédures, mais j'en fais pas un plat, j'suis pas maso à ce point-là. Quoi, voilà. [Rires] Si c'est grave... ou si ça peut avoir des conséquences... ben j'appelle mon patient, je le fais venir, je lui explique. Je lui dis
365 « Écoutez, j'me suis trompé, et là il faut qu'on corrige absolument... », voilà. C'est... j'essaie d'expliquer ce qu'il se passe.

D'accord. Donc ça c'est... ça c'est votre gestion...

370 J'essaie d'courir après le patient, pour lui... pour lui dire « Il faut pas... » L'autre jour j'ai fait un erreur... conne... euh... liée au logiciel médical. Le logiciel médical... il est très exhaustif, donc il y a des informations qui sont écrites en tout petit parce qu'il faut mettre beaucoup d'informations. Et donc au moment des prescriptions, je me trompe de ligne, je prescris du furosémide euh... quarante et je clique sur furo... furosémide cinq-cents. Et un monsieur qui
375 prenait pas de furosémide, j'lui colle du furosémide cinq-cents. Et... j'écris à l'infirmière

[inaudible : un ou deux mots], c'est un monsieur qui est illettré donc il peut pas corriger lui-même mes erreurs. Il est passé chez le pharmacien, le pharmacien il voit ça, il lui donne, pas de problème. Euh... et l'infirmière, heureusement j'avais noté à côté, à la main, j'ai marqué
380 « Donner furosémide quarante. » Elle s'est dit... à dix-neuf heures « Oh, ça c'est une erreur. Et donc, il a marqué cinq-cents, il veut du cinq-cents. » Et elle prépare du cinq-cents, elle arrive pas à me joindre parce qu'à dix-neuf heures, je coupe la ligne de téléphone. Elle m'envoie un mail le soir en m'disant « Écoutez, vous êtes sûr... », voilà. Et j'ai vu le mail à vingt-deux heures. [Rires en imitant l'état de surprise qu'il avait alors eu] « Qu'est-ce que je fais pour le patient, qui est injoignable. Et donc... je ris parce que ça s'est très très bien terminé donc...
385 Le monsieur, je... L'infirmière a essayé d'le voir, moi j'ai pensé à aller le voir, mais il... impossible d'y accéder, c'est une situation un peu particulière. Et... donc euh... l'infirmière l'a revu le... le lendemain soir... et elle me téléphone en me disant « Mais il l'a pris. » Quand j'ai revu le patient, j'ai demandé « Ça va, ça s'est passé ? », elle me disait... il va faire un malaise et tout... Il m'a dit « Ah j'ai fait beaucoup pipi... » [rires] Donc ça va on rigole, c'est bon quoi.
390 Et on a corrigé les choses. Mais... bon... là ça a été la panique à bord, pendant un moment. Voilà.

D'accord.

395 Un vieux monsieur. Il aurait pu... faire un collapsus enfin... non, non, c'est... ouais.

Ah ben heureusement que... ben bien souvent, heureusement les erreurs ne se compliquent pas...

400 Heureusement.

... de manière grave.

405 Heureusement les gens sont solides.

[Rires] **Heureusement. Et... donc là c'est plus la... donc... donc cette... expliquer... rappeler le patient, lui expliquer... ce serait viser... ce serait pour minimiser les conséquences vis-à-vis du patient ? Vis-à-vis de vous-même ? Les conséquences dont on parlait tout à l'heure. Ou les deux ?**

410 Ben... oui les deux.

Les deux. D'accord.

415 Et puis pour corriger les procédures aussi. Là par exemple, ma procédure a un peu changé, c'est-à-dire que quand j'ai déjà imprimé une ordonnance, avant de la donner je la lis. [Rires] J'regarde ce que j'ai imprimé. Voilà c'est... c'est con mais... Voilà, j'aurais vu... ce que j'ai marqué là. Là j'ai imprimé, j'ai signé, j'ai donné.

420 **D'accord, donc parmi vos... vos moyens de lutter contre les erreurs médicales, le risque d'erreur médicale, ben y a le fait d'analyser les erreurs précédentes quoi.**

Oui.

425 **Et vous remettre en question par rapport à ça. Et... tout à l'heure... franchement j'ai même pas besoin de vous relancer vous m'avez cité plein de... plein de moyens et d'outils euh... qui sont tous très... très pertinents. Et... et du coup j'en... j'en viens à ma dernière question... sur... les éventuelles idées que vous pourriez avoir à mettre en place auprès d'une population de médecins généralistes euh... pour améliorer nos moyens, pour**
430 **améliorer la situation, donc euh... ? Après j'sais pas si vous pensez que cette situation a besoin de... d'être améliorée, si nos moyens devraient être améliorés, donc euh...**

J'crois beaucoup que... pour euh... pour que ça devienne pas trop foireux, faut pas qu'on se prenne pour des... systèmes experts. C'est pas notre travail. On ne travaille pas comme ça.
435 Comme je vous disais avant, il faut que tous les généralistes, soient conscients que leur expertise elle est justement leur capacité de travailler en situation d'incertitude, et donc... avec les capacités de se tromper. Mais par contre... de... d'admettre que cette capacité est là, que ce risque est là, et de... d'introduire des moyens, qui permettent d'en parler, d'éclairer des événements indésirables, euh... analyser ce qu'il s'est passé. Les analyses de pratique...
440 j'trouve que c'est... c'est c'est fondateur, c'est intéressant. Et puis... des dispositifs, comme la conciliation médicamenteuse, j'pense que c'est vraiment intéressant ça. Euh... entre le... un service hospitalier, un... un médecin général... médecin traitant, un pharmacien, c'est... ça peut réduire les... les bêtises, euh... les co-formation, s'ouvrir à la coopération. Ne pas se croire... « Moi j'suis pilote d'avion, et j'pilote tout seul », quoi. Accepter que... y a des gens
445 qui pilotent avec moi, c'est-à-dire, garder l'humilité, dire « J'sais pas tout, j'suis pas Dieu quoi ». C'est... Voilà, j'pense que... cet esprit-là va... améliorer... va diminuer le risque d'erreur.

D'accord. En fait... l'avenir c'est le travail collaboratif pour vous...
450 Complètement ouais.

C'est une réponse qui revient souvent.

455 C'est pas l'avenir, c'est l'actualité.

L'actualité.

Ouais, moi j'suis dans une maison de santé, n'oubliez pas. [Rires] C'est le travail collaboratif
460 oui. Ah oui. Si on fait... C'est pour ça qu'on fait une maison de santé.

Après il peut y avoir des maisons de santé, où... finalement ce travail collaboratif n'existe pas.

465 Alors c'est pas des maisons de santé.

Où ces... où ces... où ces réunions... dont vous parlez, ces analyses... on va dire collégiales, en groupe, dont vous parlez, n'existent pas forcément.

470 Ce sont... ce ne sont pas des maisons de santé. Ce sont des maisons de santé en cours de maturation, et donc il faut laisser le temps que ça vienne. Mais euh par principe, dans une maison de santé, cette dimension de coordination, et de coopération elle est inscrite hein. C'est ça qui fonde la maison de santé, sinon ça n'est pas une maison de santé.

475 **D'accord. Et... vous avez parlé d'analyse de... d'analyse de pratique, ce serait sous quelle forme, qu'on pourrait faire ça ?**

Ben des... réunions de cas cliniques euh... on se présente des cas...

480 **Quel(s) type(s) de cas ?**

Soit des cas qui ont posé problème, ou alors à la façon groupe de pairs, dans lesquels on présente...

485 **Un cas au hasard ?**

... le cas qui s'est présenté... le cas machin, on détermine lequel, et on y va. Et là on s'dit « Merde c'est le cas où j'me suis trompé, ça ça va pas quoi. » Celui-là je le présenterai quand même, je le filtre pas.

490 **Très bien. Et vous avez parlé aussi de la conciliation médicamenteuse avec d'autres professionnels, et ça en pratique ça pourrait s'organiser de quelle manière ?**

Euh... le plus... pratique c'est que... soit il y a un lien entre le pharmacien et le prescripteur.
495 Donc euh l'ordonnance peut être un support mais avec peut-être un plan de soin, et c'est d'abord ou chacun contribue, et donc y a une discussion. Ou bien, c'est à l'occasion de passages hospitaliers, là ça optimise encore, l'hôpital... théoriquement les services sont sensés optimiser leurs prescriptions en sortie, avoir... c'est... c'est quasiment structuré les deux... avoir l'avis d'information. Et... contacter le pharmacien, le médecin traitant au minimum, pour... euh...
500 harmoniser les... les prescriptions, les justifier, les défendre ou les invalider, parce que je peux être au courant de quelque chose que un collègue ne... ne sait pas, et qui fait que la personne... il a horreur du rouge, il ne prendra pas un comprimé rouge. Voilà, donc un truc de ce genre-là. Euh... j'peux faire savoir des choses de ce genre-là ou bien j'peux connaître des antécédents qui étaient pas... qui étaient passé à las, qui avaient zappé. Euh... on peut s'enrichir
505 mutuellement pour... offrir au patient un accompagnement optimal quoi. C'est un peu ça.

D'accord.

Oui, toujours avec cette idée que... bien qu'on a pu s'tromper... « Ah oui... on va... », on
510 corrige le tir, on réévalue.

**Et... quelle(s) perspective(s) aussi on pourrait... on pourrait mettre en avant par rapport à la gestion émotionnelle euh du... de... de l'erreur médicale ? Vous parliez tout à l'heure du fait de... d'avoir honte, de se regarder difficilement... de pas pouvoir se regarder dans
515 une glace après une erreur compliquée de conséquences graves. Par rapport à ce risque-là, qu'est-ce qu'on pourrait... qu'est-ce qu'on pourrait faire ? Qu'est-ce qu'on pourrait changer ?**

Alors, pour moi... je reçois des internes. Ils peuvent me voir me planter. J'peux pas me cacher.
520 C'est déjà important. [Rires] Bon, j'vais pas avoir l'occasion de dire « Ah ! J'suis nul mais j'vais l'dire à personne. » Donc je suis vu. Je suis avec des... collègues, on partage le dossier médical, si je me trompe, ils le voient. Ça aussi... bon « Là... merde t'as raison, j'me suis trompé ! » Donc y a ça. Et puis... je suis avec des gens avec qui je peux bosser, en qui j'ai confiance. On se parle. Et... si à un moment je fais quelque chose qui... qui... On... on s'est

525 retrouvé l'un ou l'autre parfois à être rongé et dire « Là, j'ai vraiment fait une erreur grave. »
On peut s'en parler. Il y a des moments où... conviviaux autour d'un café, on s'croise, « Ça a
pas l'air d'aller ? » ... « Ah oui, écoute... » J'pense que... c'est des petites choses hein. C'est
pas... c'est pas... c'est pas un truc systématisé. C'est des petites choses qui sont plutôt
favorables, et qui... préservent la santé mentale... [rires]

530

Qui aident à surmonter ces problèmes-là.

Ben oui. Et puis dans... dans la capacité d'en parler au patient, dans le courage de le dire au
patient, et... le patient qui... peut vous pardonner.

535

**Ah oui moi j'ai... de ma... de ma propre expérience, finalement le... le... le fait ben tout
simplement d'être humble devant le patient, de s'excuser si on a fait une erreur, et puis...
son pardon, c'est comme si ça effaçait tout.**

540

Ça fait du bien oui.

Ça fait... c'est comme si c'est... c'est comme si on ressortait tout... tout neuf quoi.

Oui.

545

**Et... c'est vrai que... souvent les collègues rassurent en disant... euh... en disant que...
c'est pas grave, que... d'façon euh ils se seraient tromper eux aussi à notre place, que
c'était pas... c'était pas évident et tout, mais... ça remplace pas le... le... le le pardon du
patient.**

550

Mh. Moi j'pense qu'il faut pas non plus minimiser, dire « C'est pas grave, ça arrive, tout le
monde aurait pu le faire et tout... » Ok... bon... si on fait... si on sait qu'on a fait une grosse
bêtise, on a fait une vraie bêtise quoi, hein.

555

Mh.

Donc... avoir le courage de... de dire « Oh, j'ai une bêtise, j'ai fait une erreur, j'm'en veux
énormément. » Et pouvoir en parler avec le principal intéressé, celui qui a subi mon erreur.
C'est déjà... à la fois courageux et humble, et... quand le patient... et beaucoup de patients
560 sont sympas quoi, euh... effectivement ils vous disent « Bon ben... » ... enfin... ils vous disent
quelque chose qui... qui vous... qui vous pardonne quoi. J'trouve que... ça permet de... de...
d'aller... de continuer.

De passer à autre chose.

565

On cicatrise. Moi j'dirais pas que ça efface.

Oui ça c'est...

570

Un peu comme les éléphants, ils ont la peau marquée à la fin de la vie, euh on a des grosses
rides...

Ouais, parce qu'on garde... on garde toujours une trace.

575 Ah je crois... je pense pas qu'on efface. C'est un peu comme si on était tout neuf, c'est pas de lavage, on est... on cicatrise. Et on continue. Parce que... on fait un beau métier donc... voilà ! Le renouveau quoi. [Rires] C'est un peu ça... Oui.

580 **Bon ben... très bien, moi j'ai eu plein de réponses à... aux questions que j'ai posées. Et... je suis très content. Je sais pas si vous voulez rajouter quelque chose d'autre ou... ?**

585 Ben j'veus remercie de faire ce travail. C'est courageux aussi... pour vous c'est... J'ai... j'ai eu un interne à une époque, qui a fait sa thèse avec un pont de la... faculté de Strasbourg, [partie non transcrite dans un souci de confidentialité : deux phrases]... c'était le... le modèle du médecin interniste humain, ouvert, et puis avec un niveau d'exigence... il était très... quand il disait quelque chose... j'sais pas qui peut... avoir cette place-là actuellement ? Peut-être certains professeurs en médecine interne au CHU, c'est des gens comme ça qui comptent, qui quand ils parlent... on dit « Bon ok, d'accord ». [Inaudible : une phrase] [rires] Donc... ce type-là, qui aurait pu fermer la bouche à tout le monde, il a demandé à... au thésard, que... dont il a dirigé la thèse, de faire une thèse sur une erreur que lui il avait fait. Une erreur de diagnostic. Et... j'trouvais ça génial. Qu'il ose... comme ça... faire faire un travail de recherche, sur une des erreurs qu'il avait fait, et qu'il propose à l'interne, d'en tirer quelque chose de cette erreur. Ok, on sait que c'est compliqué, alors c'était un truc très difficile à diagnostiquer, bon... [rires] Mais... quand même... ça allait à l'encontre de l'image du médecin qui ne se trompe jamais. 590 Vous voyez... Dieu il se trompe jamais quoi. 595

Ouais, c'est ce que... c'est ce que vous disiez tout à l'heure en disant que dès qu'on fait une erreur, finalement on en sort plus fort.

600 Je crois.

Moi j'disais encore à ma femme il y a quelques jours que... que cette thèse finalement c'est un peu ma thérapie...

605 [Rires]

... des erreurs que j'ai faites avant quoi.

610 [Éclat de rire] Sauf que vous vous avez pas le droit de répondre aux questions.

Mais... pareil avec un ami, on en discutait et... et... en fait j'aimerais tellement m'interviewer moi-même, j'sais pas si c'est possible, je sais pas si... quel poids ça aurait dans mon travail... Peut-être en conclusion... [rires] Mais effectivement ça fait du bien de parler de ses erreurs.

615 [Rires] Peut-être formellement, il vous est possible de réserver un chapitre à... au récit de votre erreur, fondatrice de ce travail.

620 **Ça je peux... alors j'ai prévu d'en parler dans l'introduction. Après... euh... de faire un chapitre complet, faudrait que je voie avec mon directeur de thèse.**

En tout cas, de le faire apparaître, j'trouve que... ça explique si vous voulez... on choisit pas la médecine innocemment, c'est parce qu'on a quelque chose... qui nous intéresse là...

625 **Mh.**

Euh... on choisit pas... Nos actions elles sont... elles ont du sens humain. Les robots ils choisissent pas. Ils font, ils sont programmés pour. Nous pas. Et donc c'est... c'est ça aussi qui fait notre qualité de médecin par la suite, parce qu'on a un vécu, on n'présente pas. Absolument.

630

Ouais, je suis d'accord.

Mh.

635 **Très bien. Merci beaucoup.**

[Fin de la transcription]

Entretien 17**Profil du participant :**

Code participant	17
Sexe	Homme
Age (ans)	61
Durée d'exercice (ans)	32
Zone d'activité	Semi-rurale
Mode d'installation	Association
Maître de stage	Oui
Spécificité de l'activité	Maison de Santé / Pompier

Contexte de l'entretien :

Lieu de l'entretien	Cabinet Médical
Durée de l'entretien (mn)	49

Transcription de l'entretien :

Gras : Intervieweur

Normal : Interviewé

[...] : Paratexte

[Début de la transcription]

Alors la première question c'est... la façon dont vous définiriez... définiriez l'erreur médicale ? Qu'est-ce que ça représente pour vous l'erreur médicale ?

5

Ben l'erreur médicale, c'est se tromper. Se tromper avec des conséquences un petit peu embêtantes. Sinon... pff... c'est pas une erreur médicale... C'est... un diagnostic porté trop tardif, c'est... fff... quelque chose de raté, comme un infarctus qu'on rate. C'est des choses embêtantes qu'on aimerait éviter, et qui se produisent quand même régulièrement. Alors je dirais que ça se... un gros pépin, une grosse erreur c'est tous les trois ans à peu près c'est rigolo. J pense que... quand on a une erreur médicale, quand on a fait une erreur médicale, après on est plus prudent, on fait attention, puis après on se relâche de nouveau, on croit que la médecine est facile... et paf y a de nouveau quelque chose qui se reproduit. C'est peut-être un petit peu comme en voiture... où... régulièrement tous les trois ans j'ai aussi un petit pépin. [Rires]

15

[Rires] Donc là c'est plutôt le versant erreur de diagnostic alors.

Oui bon euh... quelque chose de péjoratif pour le patient.

20 **D'accord.**

C'est quelque chose d'embêtant pour le patient, une perte de chance. Ou une mort même. Ça arrive. Alors on n'est jamais... seul entièrement responsable. Y a toujours un concours de circonstances. Alors ce qui est rigolo c'est pas forcément le stress... c'est pas en période de stress. C'est souvent... quand tout va bien. C'est... j me rappelle très bien, d'une fois où j'étais en tournée, puis bon je... je revenais tranquillement, j'avais du temps à perdre et j'ai eu un

25

appel... donc d'un... d'un homme d'une quarantaine d'années, pour une agitation. Et puis bon
ff... il était pénible à examiner, il courait dans tous les sens. On n'arrivait même pas à lui
prendre la tension. Et puis j'suis reparti un peu fâché. Puis finalement un quart d'heure après,
30 il faisait son infarctus et il mourrait. Bon... [rire nerveux] Donc c'est des choses qui... qui vous
tombent dessus [toux] sans... sans prévenir. Et souvent quand c'est... quand tout va bien.
C'est... c'est assez amusant. Donc il faut... je pense que l'erreur se produit quand on est trop
confiant.

35 **Trop confiant ?**

Ouais.

40 **Et quand on est trop sous pression...**

Non, on est... hyper vigilant. Alors on peut... on peut aller trop vite. Mais souvent... on fait
moins d'erreurs. Les erreurs c'est quand... quand on est trop cool.

45 **D'accord. Et comment vous arrivez... comment vous définir... vous différencieriez l'erreur de la faute ?**

L'erreur de la faute ? Ben la faute c'est... c'est quand on... il y a quelque chose de flagrant et
puis qu'on corrige pas. L'erreur... on fait l'erreur sans s'en rendre compte. C'est... c'est
quelque chose où on n'est pas assez vigilant, on laisse passer. C'est une prise de sang où y a un
50 CRP augmenté qu'on n'a pas enregistré, un BNP qu'on a mal lu. Il m'est déjà arrivé aussi de
me... de m'tromper de ligne, parce que j'étais persuadé que la prise de sang était bonne donc
je suis allé trop vite dessus. Donc c'est... l'erreur c'est quelque chose qui nous échappe la fois
ou deux, c'est parce que... le laboratoire nous a téléphoné pour nous dire que le résultat n'est
pas bon, et on n'a rien fait parce que... parce qu'on n'a pas... pas bien fait les choses. On n'a
55 pas... noté quelque part, donc du coup ça nous est sorti de la tête, ou alors... on n'a pas eu le
temps, y a eu trop de travail, puis c'est... on a oublié. J'trouve que la faute c'est plutôt ça.

60 **D'accord. Je vois à peu près. Et à quel moment vous y pensez à ce risque d'erreur médicale dans votre pratique ?**

Ah ben tout le temps.

Tout le temps, c'est-à-dire à chaque patient ?

65 Non, pas à chaque patient, mais enfin... fff... au bout de trente ans d'exercice, on sait que ça
peut se produire n'importe quand donc on fait attention. On fait attention tout le temps mais on
sait que ça peut se produire. C'est... y a rien à faire. C'est... souvent c'est... on... on le
remarque pas tout de suite, on l'apprend plus tard, bien plus tard.

70 **D'accord. Qu'est-ce que vous redoutez le plus... à travers cette... ce risque d'erreur médicale ?**

Rien. Rien, je sais que c'est quelque chose qui peut arriver. Une fois qu'on a la connaissance...
faut... faut faire... faut aller voir les gens, faut... faut leur expliquer, faut discuter. Bon... on
75 essaie de... de... de faire en sorte que ça se reproduise plus. Parce qu'à chaque fois... quand

on a fait une erreur médicale, après on est prudent dans ce domaine, mais... ça... ça vous reprend sur un... tout à fait un autre côté.

Mh.

80

C'est... c'est absolument imprévisible, on a... on n'est pas bon partout, de loin pas. Et... donc... les circonstances font qu'on peut vite faire des erreurs. Et, comme je l'ai dit, c'est toujours... on n'est jamais entièrement responsable de l'erreur ou de la faute. Y a toujours quelque chose qui fait que... y a d'autres participants. Donc ça... ça... ça rassure !

85

Ça atténue un petit peu ce sentiment de responsabilité ?

90

Oui oui, parce que y a des fois où franchement je... je pensais que j'étais responsable, et en retournant voir la famille, après les gens disaient « Mais non docteur, c'est pas vous, c'est... c'est nous, parce qu'on n'a pas été assez... euh on n'a pas réagi assez rapidement, on aurait dû vous prévenir plus tôt, ou on n'aurait pas dû vous dire ça... on n'aurait pas dû vous dire qu'il est hystérique (dans le cas de l'infarctus), on aurait dû être plus prudent ». Souvent, par la suite, c'est assez étonnant, mais l'entourage se sent aussi coupable, et... ça passe mieux. Mais pour ça évidemment faut re-rencontrer les gens, faut pas se... se draper dans son orgueil et dire

95

« C'est pas d'ma faute, c'est que la faute des autres. » Faut y aller humblement et essayer de comprendre, puis... après ça passe mieux. Mais... ceci dit, ça vous donne les premiers cheveux blancs, ça vous donne votre premier *stent*, ça vous esquinte quand même un peu la santé hein.

100

Oui, donc vous redoutez quand même quelque chose ? Vous... parce que vous ch... A partir du moment où vous cherchez à éviter la survenue d'erreur médicale, c'est que vous avez pas envie qu'elle arrive.

Ben évidemment. Parce que c'est péjoratif pour le patient, on n'a pas envie que ça...

105

Donc c'est... c'est le dommage pour le patient que vous redoutez ?

Voilà, c'est... c'est... Les patients on les aime bien, on... veut leur faire du bien et puis on se trompe. C'est pas rigolo.

110

D'accord. Et à part le patient, y a quelque chose d'autre que vous cherchez à éviter ?

Non. Non. Non, c'est le patient.

Que le patient ?

115

Embêté pour le patient.

D'accord.

120

Je suis désolé pour le patient, ça c'est quelque chose qui est horrible. Mais... je... je sais que ça m'arrivera encore sur les années qui restent, y a rien à foutre, c'est... c'est... c'est rigolo. On peut rien comme on veut... ça se produit. [Rires] Alors vous êtes encore jeune, vous... vous remarquez pas. Alors... bon c'est... c'est aussi le mode d'exercice qu'on a. Moi je fais énormément de visites, chez des gens âgés, en mauvaise santé, dont la prise en charge est de loin pas merveilleuse, mais aussi bien par la famille, par la... l'entourage... du village, et puis

125

par les urgences, le nombre de... le dernier pépin que j'ai eu... bon c'était un patient quand même il était pas bien, j'savais pas ce qu'il avait mais il était pas comme d'habitude. Donc je l'hospitalise, et je me fais remonter les bretelles parce que j'ai pas de diagnostic précis, donc ils le renvoient à cinq heures du matin. Le lendemain, l'épouse m'appelle en me disant qu'il est pas bien. Pff... J'étais pressé, j'ai pas franchement envie de l'examiner. Et puis il est mort à quatre heures, deux heures après. Bon, j'étais un peu responsable, j'aurais dû faire un peu plus d'examens, mais je l'avais vu la veille... j'ai rien moi le soir... à huit heures, neuf heures, qu'est-ce que vous voulez voir ? Il fait sombre en plus. Les pièces sont mal éclairées, c'était une personne âgée. Y a des... des erreurs qui se produisent parce qu'on sent très bien qu'on peut... qu'on peut pas tout faire.

Mh.

Puis le lendemain, qu'est-ce que vous voulez faire quand il est revenu de l'hôpital et qu'on vous a attrapé en vous disant qu'il a été mal examiné et que... faut faire mieux les choses. Puis qu'il revient. Pff... on peut pas faire grand-chose. J'en ai eu un comme ça aussi pour une suspicion d'infarctus, il est allé aux urgences, ils ont dit tout est bon, puis il a quand même fait son infarctus à la maison. Il a bien eu son infarctus, donc c'est passé inaperçu à l'hôpital, j'sais pas comment ça se fait. Et puis après... il était... ou il a re-nécrosé à la maison, j'en sais rien, mais il a fait son infarctus qui a traîné deux trois jours à domicile, avant qu'on le ré-hospitalise. J'm'en suis voulu aussi. Donc c'est... c'est une erreur mais j'étais pas entièrement seul, puisque... les urgences avaient aussi raté. Il avait une douleur précordiale tout à fait typique, ils me l'ont renvoyé en m'disant « Il a rien ! » Alors à l'époque la troponine n'existait pas. J'pense qu'à l'époque si y avait eu la troponine, ils l'auraient gardé. Mais n'empêche qu'il est revenu à la maison, il avait toujours cette douleur, pff... j'l'ai pas hospitalisé, puis après il a fait une décompensation, j'l'ai hospitalisé, ils m'ont dit « Ben oui, il a fait un infarctus » ... Ben ouais. Alors j'ai... j'étais quand même responsable, j'aurais dû le ré-hospitaliser, mais c'est toujours difficile de ré-hospitaliser quand ils sortent de l'hôpital, donc c'est ce genre d'erreurs, où finalement on n'est pas entièrement responsable.

Ouais je comprends. Ben c'est vrai qu'après c'est souvent une responsabilité partagée, comme vous disiez tout à l'heure.

Oui c'est partagé, c'est partagé. Alors c'est pour ça que c'est important de discuter. D'en discuter. Mais... mais ça montre que... que c'est très difficile de ne pas faire d'erreur parce qu'il y a toujours ce contexte de choses qui font que... on a du mal après à... être persuadé d'avoir le bon diagnostic. Le problème c'est ça. Parce que...

Y a toujours ce doute.

Ben oui. D'hospitaliser alors que c'est pas la peine. Et d'un autre côté si on n'hospitalise pas ça... ça peut être embêtant pour le patient. Mais quand vous hospitalisez et puis qu'il revient trois heures après... trois heures après. En général c'est huit après en plein milieu de la nuit, et quand ils ont quatre-vingt-quatre ans, qu'on vous fait ça une fois, deux fois, vous avez plus envie. Puis la personne ne veut plus, la personne qui a fait ce cycle-là, qui revient à cinq heures du matin, quand trois jours après, ou huit jours après, ou quinze jours après elle nous rappelle et qu'y a la même chose, elle dit « Ah non docteur, moi je ne veux pas ! » Alors vous... vous le comprenez, vous le faites pas, puis c'est là qu'il y a le pépin. C'est là qu'il y a le pépin parce que vous avez écouté le patient, et y a tout l'entourage qui montre que ça sert à rien d'hospitaliser.

Mh.

Donc c'est ça les erreurs. On aurait dû plus insister. Mais si vous insistez plus et qu'il y a encore rien, vous avez l'air couillon aussi. [Rires]

180

[Rires] Je vais revenir sur un point... sur un point, une chose que vous avez dite tout à l'heure. Vous vous en êtes voulu... c'est le terme que vous avez utilisé après... euh... une erreur de jugement que vous avez pu faire.

185

Ouais.

Donc... donc y a quand même ce sentiment... y a eu ce sentiment à ce moment-là de culpabilité ?

190

Ouais bien sûr.

Donc y a quand même des répercussions sur... émotionnellement sur vous-même ?

195

Ah ben oui ! Les chev... comme j'vous dis les cheveux blancs, mes premiers cheveux blancs, et les *stent* hein.

[Rires] Très bien. Et alors...

200

Et c'est normal, on... on... on aime ses patients. Hein, je sais pas si... on... on a p... on est... on n'est pas là pour abimer le patient.

Ouais.

205

On est là pour le sauver, on est là pour faire au mieux. D'temps en temps ça rate, on aura pas... on a pas fait au mieux.

Ouais.

210

En pensant faire au mieux, c'est... c'est raté. Mais c'est parce qu'on n'a pas tous les... tous les arguments avec no... notre petite bagnole, et le... et la sacoche... le vendredi soir, allez y voir.

On a un métier un petit peu artisanal ?

215

Ben oui. Ah oui ! Faut s'démerder. Alors après... après les gens nous en veulent pas de toute manière. Les gens nous pardonnent énormément.

Pour quelle(s) raison(s) ils nous pardonnent et ils nous en veulent pas ?

220

Ah ben parce qu'on fait quand même un maximum. On... va les voir. Quand ils appellent le dimanche on va les voir. Quand ils appellent la nuit... ff... y a bien la régulation, mais les gens ils appellent plus la régulation, ils ont pas envie d'aller à l'hôpital, ils vous appellent à trois heures du matin. En disant « Écoutez docteur, je veux pas téléphoner au 15, est-ce que vous pourriez pas venir parce que... sinon je vais encore passer une demi-heure à expliquer ce que j'ai et de toute manière ils vont rien faire. » Alors vous y allez.

225

Vous pensez que tous les médecins généralistes font comme ça ?

230 Au bout d'un certain temps, peut-être si... Une fois qu'on connaît bien sa clientèle, qu'on... qu'on aime bien les patients, puis qu'on les maintient souvent en vie avec... avec beaucoup de ficelles, ils ont très peur que quelqu'un d'autre intervienne.

D'accord. Donc il y a ce... ce climat de confiance qui...

235 Ah oui ! Ils ont très peur que... que l'hôpital... perturbe tout. Donc ils préfèrent souvent appeler, même si par la suite il faut quand même que je téléphone au 15. Même si par la suite faut que je dise « Non, faut pas... vous pouvez pas rester comme ça. »

Mais c'est vous qui orchestrez, et puis ça, ça les rassure.

240 Oui. Oui. Disons qu'ils ont compris que... effectivement ça vaut le coup d'y aller. La dernière que j'ai eue, c'est une dame de quatre-vingt-deux quatre-vingt-quatre ans, qui était sortie... donc elle avait eu un pontage, elle est sortie avec une double anti... anti-agrégation plaquettaire, plus du Pradaxa, et puis elle a fait une hémorragie... nasale. Alors elle voulait pas aller à l'hôpital, elle m'a dit « Non, non, venez venez ! » Bon j'ai essayé pendant une demi-heure, trois
245 quart-d'heure, j'ai... j'ai rien pu arrêter. Elle a... bon elle a accepté d'aller à l'hôpital, mais là elle était convaincue qu'il fallait y aller.

Mh.

250 Mais... c'est vrai que... elle voulait pas téléphoner au 15, elle venait d sortir d l'hôpital, elle savait que si elle téléphonait au 15, elle y retournait. Elle voulait pas. Alors j'y suis allé, j'ai pas... j'ai pas traité l'histoire au téléphone, j'ai pas dit... « Vous devez... vous devez quand même téléphoner au 15 », parce que je... je savais que j'y arriverais pas... une double anti-
255 agrégation plaquettaire plus du Pradaxa, je savais que j'y arriverais pas. [Rires] Mais bon, j'y suis allé parce que... parce que je... je sentais à l'appel de la personne qu'elle était paniquée et que... d'un autre côté j'ai... j'ai pu préparer son sac tranquillement, avec ses affaires. J'connais bien la maison, donc j'ai pu fermer la maison, éteindre les lumières, lui donner les clefs. Elle était rassurée de ce côté-là aussi. Et... et le lendemain matin, j'ai prévenu son fils, et son... son
260 neveu, j'lui ai... je lui avais dit « Je les préviens, ne leur téléphonez pas ce soir. » Donc y a aussi une prise en charge qui rassure le patient. Donc elle a quitté sa maison rassurée, parce que j'avais tout vérifié. Et elle savait que le lendemain matin à huit heures, j'téléphonerais au fils et... et au filleul, ce que j'ai fait. Donc c'est... y a aussi cette prise en charge que...

Personnalisée quoi.

265 Ouais.

La petite touche...

270 Ben oui parce que lui sortir... lui sortir sa serviette parce que je... j'connais son armoire en plus, donc les serviettes, les culottes et tout [rires]... c'est vrai qu'on sait... on sait où se trouve tout ça... son sac de voyage... donc... Je lui ai préparé son sac. Elle pouvait pas quitter le lavabo, ça saignait tellement, elle pouvait rien faire. Sa carte vitale, son... sa complémentaire. J'savais où étaient ses papiers, dans le tiroir à côté du chèque. Donc, on a une... une... une
275 autre approche et les patients savent que... une fois qu'on est chez eux, ça va bien se passer. Et

du coup ils sont beaucoup plus plus calmes. Ils sont beaucoup plus calmes, sinon ils paniquent. [Rires] Et... et c'est quelque chose que j'aime bien faire faut dire, j'aime bien faire. Parce que je... je sens que quand je prépare le sac, je vois la personne qui se calme. Je vois la personne qui... qui va mieux, elle accepte l'hospitalisation, elle se détend.

280

Ouais, c'est vrai que souvent le refus de l'hospitalisation il est dû à... à un détail, pour nous insignifiant, mais pour le patient euh... énorme.

Ouais.

285

Souvent c'est...

Alors que je savais que j'y arriverais pas. C'était sûr. Alors j'aurais pu dire « Ah non, j'peux rien faire, téléphonez au 15 ! » C'est vrai que peut-être les jeunes médecins auraient fait ça. Mais... c'est une patiente que je suis depuis... depuis trente ans. J'ai suivi son mari qui est mort. Je soigne ses enfants, les petits enfants. On connaît... on connaît tout le monde. Je soigne le tonton, je soigne le filleul [rires]... C'est une... une prise en charge familiale, on connaît tout le monde.

290

295

Mh.

Donc... on se lève la nuit. D'toute manière on s'endort.

300

Très bien. Ben du coup ça m'amène à la question... finalement la question qui m'intéresse euh le plus, c'est... euh... face à ce risque d'erreur, comment... quels sont les moyens que vous utilisez pour vous prémunir ? Vous m'en... vous m'en avez déjà cité quelques-uns.

La formation, j'fais beaucoup de formation.

305

Quel(s) type(s) de formation ?

Alors j'aime bien les congrès.

D'accord.

310

J'vais aux entretiens de Bichat. Aux... congrès de la médecine générale. Aux journées médicales de Haute-Alsace et aux journées médicales de Strasbourg. Donc ça fait... un minimum de quinze jours de... de formation.

315

D'accord.

Ensuite, bon des soirées à droite ou à gauche.

320

Ok. Et... en dehors des formations, est-ce que y a d'autres... moyens que vous utilisez ?

Non. La lecture... je lis un petit peu, mais je lis plutôt les problèmes politiques, pas franchement les... les problèmes médicaux. Disons que la politique d'la... d'la... d'la médecine. Euh... non sinon... Ah non j'aime pas... la formation par ordinateur j'en ai horreur, ça je fais absolument pas.

325

D'accord.

Donc à par le congrès, rien.

330 **Après...**

Mais là je... je... quand je vais à Paris, là, c'est vrai que j'y vais du matin jusqu'au soir. Je ne sors pas le... au cinéma, je vais pas au théâtre parce que je revois mes cours le soir. Je fais que de la formation.

335

D'accord. Et... [toux] tout à l'heure vous avez parlé euh... du... du fait que... quand on fait une erreur finalement, ça prévient... l'erreur prévient en elle-même du risque d'erreur médicale.

340 Ouais.

Parce qu'on est plus vigilant, on est plus...

Ouais. Oui, mais je... mais c'est assez rigolo... c'est toujours un autre domaine où elle vous attrape, l'erreur. Parce qu'après on fait attention, dans les... dans les problèmes cardiaques on est plus prudent, puis ça vous surprend ailleurs. C'est... une tumeur qui vous surprend quelque part. Une métastase. On s'y attend pas du tout. Une douleur... un lumbago. Hein donc le gars qui balaye, qui fait son lumbago, tout à fait classique. Et puis c'était finalement une... une métastase. Hein, la dame qui tousse. Qui fume pas, qui tousse. Le mari fume pas non plus. Puis au bout de trois semaines elle vous réclame une radio... [souponner] alors vous dites « Mais non c'est pas la peine, ça va passer tout seul. » Au bout de six semaines elle tousse toujours, on fait la radio, puis effectivement c'est une tumeur. Tumeur pulmonaire. Bon. Alors c'est... c'est une erreur, j'aurais... j'aurais... j'aurais dû faire la radio. La famille m'en a voulu un petit bout de temps. Ça n'aurait rien changé. Mais n'empêche que... j'aurais vu le diagnostic trois... trois semaines plus tôt. Sur une tumeur de cinq centimètres ça n'aurait rien changé. Mais quand même... c'est... donc c'est pas franchement une erreur médicale, mais c'est quand même une erreur auprès de la patientèle... auprès de la patientèle qui m'avait quand même réclamé cette radio. Donc c'est... y a deux... deux types d'erreur. Il y a l'erreur médicale et puis il y a l'erreur par rapport à ce que la patientèle ressent. Là c'est...

360

L'erreur relationnelle ?

Ouais, ouais.

365 **Après on peut pas non plus dire oui à toutes les demandes des patients.**

M'ouais. Ouais. Non c'est sûr. Mais là... même le... le consensus c'est au bout de trois semaines de faire une radio quand même. J'étais passé outre.

370 **Mh.**

Faut dire qu'on m'av... que j'avais f... j'avais eu un... un rapport qui montrait que je faisais trop de radios pulmonaires dans le mois auparavant, donc... c'est... c'est... c'est même terrible.

375 **Du coup ça... ça...**

Ben évidemment ça m'a influencé.

Ça vous a influencé, ouais.

380 Et je me rappelle très bien ce truc-là. On m'avait reproché de faire trop de radios normales.
[Rires] Trop de radio normales.

[Rires] Et qui... comment ils savent que les radios étaient normales ?

385 Ah ben je sais pas. C'était y a... y a un petit bout de temps déjà. Hein, j'avais eu un... une lettre
comme quoi ils s'étonnaient de mes radios qui étaient plus normales que la moyenne habituelle.
Et donc inconsciemment j'ai refu... enfin pas inconsciemment... j'ai... j'ai refusé cette radio
chez cette dame qui toussait, y avait pas de facteur de risque, y avait rien, donc... en étant en
pleine période hivernale. Donc j'ai dit « C'est rien, c'est un truc viral, ça va passer, faut attendre
390 six semaines. » Donc j'ai attendu... j'ai attendu. D'autant plus que j'avais cette lettre de la
CPAM qui disait qu'il fallait que je diminue mes radios.

Mh.

395 J'étais au-dessus de la moyenne. Alors c'est... c'est... ça n'a rien changé au niveau...
traitement. Enfin au niveau prise en charge. Elle est morte quand même. Mais...

**Quand vous faites des... des erreurs, euh... est-ce que vous avez l'impression qu'après, y
a des répercussions sur votre prise en charge, y a des remises en question, y a des
400 améliorations ? Ou... finalement non ? Tout à l'heure vous parliez de l'erreur médicale
comme quelque chose qu'il fallait prendre avec un peu une certaine... une certaine
fatalité... ça... ça survient et puis y a rien à faire...**

405 Non, non. Disons qu'il faut tout faire pour que ça se reproduise pas. Mais force est de constater
au bout de trente ans d'exercice, qu'il y a rien à faire, ça vient toujours.

**Mais on arrive quand même à le réduire ce risque ou pas ? En prenant quelques
précautions.**

410 Oui, bof. [D'un air pas très convaincu] Les connaissances augmentent. Donc on peut mieux
sentir les choses. Mais... y a le contexte... le contexte actuellement n'est pas toujours favorable.
Hein... cette... cette difficulté à accéder au milieu hospitalier fait que l'erreur augmente un
petit peu.

415 **Donc ça vous pensez, que c'est quelque chose qui... qui augmente le risque d'erreur,
cette... ?**

420 Oui parce que... on sait pas trop ce qu'il y a... On souhaiterait des examens complémentaires.
Les examens complémentaires sont tellement longs à obtenir dans le temps, ou alors des fois
on peut pas les obtenir en passant par les urgences, hein ils veulent pas. Donc, vous vous
retrouvez avec un patient... pff... qui... qui va vous faire des problèmes parce qu'on n'a pas
assez de... d'examens en main, pour pouvoir affirmer « C'est cette pathologie, et j'vais vous
traiter. » Donc on a ce patient qui va pas bien, avec différentes hypothèses... on peut pas traiter
une hypothèse sachant qu'on a les effets secondaires, et puis rater l'autre. On peut pas mettre
425 les trois... les trois traitements en route.

Non, on peut pas faire comme Dr House et tout traiter en même temps. [Rires]

Non. Non. Donc on se... donc on sait que ça va se reproduire.

430 **Mh.**

Ou alors vous avez les gens polypatho... avec une poly-pathologie qui viennent en consultation... qui... qui présentent un vomissement. Donc il est diabétique, il est coronarien, on est en pleine période de gastro-entérite. Il a vomi une fois, il a une selle molle. Pff...

435 Théoriquement il faut hospitaliser. Mais il vient le samedi. Hein. Samedi à midi. Juste avant la fin des con... des consultations. Pff... qu'est-ce que vous faites ? Un diagnostic de gastro-entérite c'est plus... c'est plus pratique. [Rires] Vous avez envie de terminer, puis vous... Et envoyer quelqu'un... pour une suspicion d'infarctus alors que c'est qu'une simple gastro-entérite, aux urgences le samedi, vous vous faites remonter les bretelles aussi. On vous téléphone après, hein pour vous dire « Mais qu'est-ce que c'est que ce truc-là ? » Donc c'est... et on sait que très bien que là ça... ça peut être un infarctus. Mais l'électrocardiogramme, je n'avais pas envie de le faire. La troponine pff... hein... après si vous partez en week-end, qu'est-ce que vous faites de la troponine, du résultat. Donc on est là, on sait pas trop quoi faire, et on sait que ça peut... ça peut très vite mal tourner.

445

Mh.

Et après bon faut... on fait le bilan, on fait le bilan de tout ce qu'on a et puis on s'dit « Hop c'est la gastro-entérite ou alors c'est l'infarctus. » Mais... on sait qu'on prend un petit peu le risque. Alors on peut... on peut dire « Bon allez à l'hôpital. » mais y a... y a la patiente, ou le mari qui accompagne la patiente qui dit « Oh non, non. Non, c'est pas ça, elle va bien là. Puis elle a mangé... elle a mangé quelque chose qui était pas très bon hier, et puis voilà, on est tous malade. On est tous malades, moi j'avais la gastro-entérite, maintenant c'est ma femme, mettez-nous quelque chose, on va pas aller aux urgences. Puis elle va bien, là, vous voyez. » [Rires]

455 Donc c'est... c'est... on sait que... c'est quitte ou double, on sait pas. Alors on peut jouer la sécurité. Mais jouer la sécurité, on le fait une fois, deux fois, trois fois puis après vous le faites plus parce que... parce que vous emmerdez tout le monde.

Jouer la sécurité pour vous du coup à ce moment-là ce serait... ?

460

D'hospitaliser.

Hospitaliser.

465 Ben oui. Oui. Mais on peut pas. Disons que ça marche quand on est jeune...

C'est un moyen que vous pratiquez pas forcément...

470 Non non. Non non. Mais quand on est jeune on le fait ! Mais après... quand vous connaissez bien les gens, pff... on cède aux gens. Mais en sachant que ça peut être... Ça peut être mauvais.

On cède pour quelles raisons ? Parce que... on est empathique, ou on cède parce que... finalement on les laisse eux-mêmes décider...

475 Non parce qu'on sait que ça sera... la prise en charge sera pas bonne.

Donc on se met à leur place en fait et on...

480 On comprend que à quatre-vingts ans on n'a pas envie d'aller... le monsieur il avait pas envie de conduire sa femme en ville déjà. Il avait pas envie. Ensuite passer des heures aux urgences à essayer de comprendre ce qu'il se passe, il avait pas envie non plus. Et elle non plus. Ils avaient pas envie. Puis ils étaient convaincus que c'était une gastro-entérite. Donc ils veulent pas. Ils veulent pas alors... Puis nous on sait pas, nous on sait pas. On peut pas leur dire, « Je vous a... je vous affirme que c'est un infarctus, vous devez y aller. » J'ai rien, j'ai rien pour affirmer ça.

485 **Mh.**

490 Et une troponine... le samedi c'est... les laboratoires sont fermés donc c'est... c'est les urgences.

Ouais ça sert à rien de la faire ouais.

495 C'est les urgences. Il faut la... il faut les envoyer aux urgences. Donc c'est... les urgences... les urgences seraient d'un accès plus rapide peut-être que on... et d'une meilleure qualité pour les gens âgés, on y recourrait plus. Mais elle est... tellement mauvaise pour les gens âgés que... on... on comprend les patients, parce que moi je... moi j'dirais toujours le patient c'est quand même le patient en premier. Et on... on fait au mieux pour le patient. Sachant qu'on peut passer à côté de quelque chose. Bon maintenant, des fois y a des petits infarctus qui passent et qui guérissent tout seul. Ils sont... pff... ils ont leur Kardegic, ils ont leur Sintron, pff... on s'dit dans le pire des cas... ça passera. [Rires de dépit]

On sent votre préoccupation particulièrement pour les... personnes âgées.

505 Ouais.

Vous pensez qu'il y a plus de risques par rapport à cette population-là ?

510 Oui, parce qu'elle est mal prise en charge par les urgences, elle sait pas se défendre. C'est horrible pour eux. Non, c'est... c'est horrible. [Dépit dans le ton employé et dans la voix] Les enfants souvent n'ont pas le temps de s'en occuper. Faire venir une ambulance... c'est pas simple. Et puis pour eux... d'aller en ville, c'est compliqué.

515 **D'accord. Alors y a une autre question qui... que je voulais vous poser. C'est... une fois que l'erreur est survenue, quel... quels outils, ou quels moyens vous utilisez pour la gérer au mieux ?**

La parole.

520 **Alors tout à l'heure vous avez dit que... une des premières choses que vous faites c'est tout simplement de prendre contact avec le patient pour essayer d'expliquer...**

Ouais, ouais. Non, pas pour expliquer.

525 **Pour...**

Pour compatir avec eux.

D'accord.

530 C'est pas pour expliquer, c'est pas pour me justifier. J'y vais pas pour me justifier. Je dis comment que ça s'est passé, qu'est-ce qui s'est passé. Puis j'écoute.

D'accord.

535 Puis s'ils me disent « Docteur, vous auriez dû faire ça », j'dis « Ben oui, j'aurais dû. » Mais bon après...

Vous pensez que ça soulage leur... détresse ou leur... le problème au niveau du patient... ces explications... cette... ?

540

Ben oui.

Cet échange.

545 Oui, oui. Et puis c'est ce que... on doit quand même expliquer... au patient ce qu'il s'est vraiment passé.

D'accord.

550 On... on doit une explication et...

C'est un devoir ouais.

555 ... même si c'est pas... si c'est pas bien pour nous hein. Même si il f... si c'est à nous de reconnaître qu'on a complètement merdouillé.

D'accord.

560 Mais on... on doit le faire.

Et par rapport à ce sentiment de culpabilité dont vous parliez tout à l'heure, est-ce que vous pensez aussi que le fait d'expliquer soulage un peu, ou pas forcément ?

565 Ah si ça soulage ! Ah si si. On se sent mieux après.

Mh. D'accord. Vous utilisez d'autres moyens peut-être pour gérer au mieux cette... ?

D'autres moyens... comment ça ? Un Lexomil ? [Rires]

570 [Rires] Peut-être hein. Peut-être. Vous savez des fois... y a plusieurs techniques qui sont utilisées. Des fois, certaines sont surprenantes.

Ouais.

575 **Vous avez l'impression qu'en tant que médecin généraliste, on est bien préparé à ça ?**

Ah ben nous, on est mal préparé, à l'époque on n'était absolument pas préparé pour ça. A l'époque y avait rien ! [Rires]

Et actuellement on l'est un peu plus vous pensez ?

580

Ah oui ! Ah oui. Ah oui oui, j'pense. Ah ben oui.

Par quel biais ?

585

Ben rien que par vos études que vous faites là... par la thèse que vous faites.

Ouais c'est un moyen... j'pense que c'est un moyen de se préparer.

590

Non, j'pense que les... les jeunes médecins sont beaucoup mieux préparés que nous. Nous on était... on avait une formation, on était largué, puis on se démerdait. Alors que maintenant, le fait de... d'aller chez un maître de stage, ça permet quand même de... de voir un petit peu ce qu'est la médecine générale.

Donc c'est les stages aussi, les stages chez le praticien...

595

Ah oui ! [Avec un air très convaincu] Ah oui.

... permettent de se préparer à la gestion de l'erreur... du risque d'erreur médicale ?

600

Ah oui. Moi j'ai des premières années maintenant, les premières années, c'est... c'est incroyable comme au bout de... de six mois, ils ont changé. Y en a qui savaient même pas faire une ordonnance, après ils savent faire une ordonnance. Ils savaient pas quoi prescrire comme médicament... ils savent quoi prescrire.

605

[Rires]

C'est... c'est... c'est extraordinaire. Bah oui.

Enfin ouais, mais c'est sûr que cet aspect pratique dans notre formation, il est...

610

Ah oui !

... il est obligatoire. Et cette question de l'erreur médicale...

615

Le premier arrêt de travail que j'ai fait moi c'était quand... quand j'ai fait un remplacement. J'savais même pas quel papier fallait remplir. J'avais jamais rempli un arrêt de travail. Et le médecin était pas là. Il m'avait ouvert son cabinet, il m'a expliqué trois quatre choses, il est parti. [Soupir] Et puis fallait que je trouve les papiers, que j'fasse tout... Il fallait qu'on apprenne. Sur le... sur le tas. On savait RIEN, on n'était absolument pas formé par rapport à votre génération.

620

Ben moi qui suis d'une génération un peu plus... récente. Ben j'trouve que y a... que la situation elle est peut-être pas encore forcément... idéale, optimale.

625

M'ouais, m'ouais. [Ne semble pas très convaincu]

Est-ce que vous auriez quand même des idées pour améliorer les choses ? Pour... pour qu'on soit plus armé face à ce risque d'erreur médicale ?

Pff... Non.

630

Des idées qu'on pourrait appliquer à tous les... médecins généralistes.

Ben non, il faut systématiquement faire un stage, et puis c'est tout.

635

Donc y a le stage, le généraliser mais... d'toute façon maintenant, j pense que dans toutes les facs de médecine, ce stage chez le médecin généraliste est... est proposé à tous les... à tous les internes de médecine générale.

L'erreur médicale il faut l'accepter hein. Le... n'importe quel médecin y sera confronté un jour.

640

Donc il faut apprendre à l'accepter.

Oui, il faut apprendre à l'accepter. Puis ensuite la gérer le mieux qu'on peut.

645

Et comment on peut apprendre à mieux l'accepter, mieux la gérer ?

Ben... au bout de trente ans d'exercice, ça vient tout seul. [Éclat de rire]

[Rires] Mais quand on n'a pas ces trente ans d'exercice ?

650

On attend, ça passe. [Rires]

[Éclat de rire] On attend ?

655

Vous en faites pas, ça passe très vite. [Rires]

J'avais pas pensé à ça. Ça passe très vite ? [Rires] Et... alors...

660

Il faut savoir... il faut savoir attendre. Le... le jeune médecin ne... ne peut pas être comme un médecin qui... qui a déjà exercé depuis dix ans, quinze ans, ou vingt ans. Faut... faut accepter qu'on... qu'on gère moins bien certaines choses, d'un autre côté y a d'autres choses que vous faites mieux. Donc... on arrive sur le marché avec... d'autres idées, mais avec des connaissances moindres. Faut l'accepter c'est comme ça. Donc... après c'est l'expérience, tant pis y a une erreur, vous gérez. Hein. Et puis soit vous y arrivez, sinon si vous n'y arrivez pas c'est que vous êtes pas fait pour la médecine, il faut abandonner.

665

[Rires] J'sais pas si ça va plaire... j'sais pas si ça va plaire à tout le monde cette...

Le boulanger qui... qui développe son allergie à la farine, qu'est-ce que vous voulez qui fasse ? C'était pas prévu. Régulièrement, de temps en temps...

670

Ouais c'est vrai que c'est... l'erreur médicale c'est vrai que c'est un risque inhérent, on peut pas travailler sans ce risque-là.

675 Ben oui. Ben oui. Alors soit que vous l'acceptez, soit vous l'acceptez pas. L'allergie à la farine, vous l'acceptez, vous prenez des pilules et vous continuez votre métier, et vous adaptez pour pas être trop en contact avec la farine, vous diversifiez un petit peu.

Mh.

680 Donc là... on peut pas tout prévoir dans le métier. On peut pas. A un moment, il faut commencer, on n'est pas parfait. On arrive à se former et puis c'est bon. Ou alors on n'arrive pas et puis faut arrêter. Non, non non, l'erreur médicale elle n'a pas [inaudible : un mot].

685 **Tout à l'heure vous parliez de cette difficulté à prendre en charge de manière euh convenable et optimale les personnes âgées.**

Ouais.

690 **Qu'est-ce qu'on pourrait faire pour améliorer les choses ? Notamment en zone rurale ? Vous qui exercez en zone rurale, effectivement, vous avez identifié certains... certaines problématiques. Qu'est-ce que... qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer les choses ?**

695 Ben... ch... c'est quand on demande un examen complémentaire pour ces patients âgés, qu'on puisse le faire dans de bonnes conditions. Et puis euh... pff... dans une... un laps de temps normal. Hein. Donc euh ben... pff... Hein euh... c'est pas normal que quand on veut un rendez-vous chez l'ophtalmo il faut attendre neuf mois... pour un patient. C'est quand y a un carcinome quelque part là qui pousse, et qu'il faut six mois pour voir un dermatologue. Quand on a hein une douleur angineuse, et qu'on voudrait avoir l'avis d'un cardiologue, qu'il faut attendre un an...
700 des fois. C'est... c'est... c'est ce genre de prise en charge... on... on a du mal, à obtenir ce qu'on veut auprès des patients. Souvent on a besoin que d'un examen. Ça éviterait les urgences, qu'on passe aux urgences. Mais on... on n'y arrive pas. On...

705 **Et avec... en... en se créant des réseaux... ça suffit... ça suffit pas ?**

Non, ça suffit pas. Parce que... le problème, on vous demande toujours si c'est urgent ou pas. Une personne âgée c'est pas franchement urgent, mais... quand c'est... on voudrait quand même avoir l'avis dans les deux trois jours. Et ça c'est... c'est quasiment impossible. Où c'est urgent, on vous prend tout de suite. Où c'est... pas urgent, on vous prend six mois après. Y a pas l'intermédiaire. C'est l'intermédiaire qui manque.

710 **Et vous avez une idée de ce qu'on pourrait éventuellement faire pour... régler ce problème ?**

715 Ouais, bon c'est la... la maison pour personnes âgées, là... ça c'est pas mal, ça. Les... les structures gériatriques où on peut les hospitaliser pendant deux trois jours ça c'est pas mal j'trouve. Mais... l'attente est très longue. Pour avoir une place c'est difficile.

720 **Des... des équivalents d'hôpital de jour... hôpital de semaine ?**

Oui. Où... des fois il faudrait faire un petit bilan, faire une... une radiographie, une échographie, un scanner. Hein voir euh... des lésions cutanées. Donc pour le... pour nos patients, c'est difficile de faire tout ça en ambulatoire, parce que souvent le patient ne peut plus se déplacer,

725 les... un... véhicule n'est pas payé, et les enfants n'ont pas toujours le temps. Les enfants n'ont pas le temps. Donc on a des patients qui mériteraient un suivi, qu'on ne peut plus faire. Alors quand ça se gâte de trop, on finit par téléphoner à... à un service de gériatrie, on explique les choses et puis bon quelques fois on arrive à les hospitaliser. Mais pas toujours. C'est comme la démence. Le bilan d'une démence... pff... c'est terrible ! Ça dure un an. Facile ! Donc quand on laisse faire les choses, c'est plus de un an.

730

Mh. [Toux]

Alors qu'il suffirait... j'sais pas un bilan de démence ça doit pas être si compliqué que ça ! Ça... ça doit durer moins qu'un an, j'sais pas. [Rires] Ça me paraît long un an.

735

Ouais c'est... j'pense que c'est surtout parce que c'est chronophage, le bilan de démence, c'est plusieurs tests...

740 Ouais. Ouais, ouais. Mais quand même, enfin pendant un an... c'est énorme ! C'est parce que... ils sont... ils font un premier test, ils sont convoqués trois semaines après, six semaines après. Ou alors si c'est au mois de juin, ils sont convoqués en septembre, quand c'est pas octobre. Donc j'sais pas ils ont fait un ou deux... une ou deux séances et puis la troisième, ben c'est des vacances, donc juillet, août, travaille pas, ça mène en septembre... en septembre y a déjà beaucoup de personnes à voir, donc c'est fin septembre. Donc... j'sais pas. C'est une prise en charge chez les gens âgés qui... qui est mauvaise. Ceci dit, j'dis toujours aux gens « D'toute manière y a pas d'traitement, ne vous en faites pas ! Donc euh... prenez votre Tanakan. »

745

[Rires]

750 Donc chez moi ils ont leur Tanakan, puisque de toute manière il y a rien d'autre. Et... d'toute manière, au bout de ces... de ce bilan qui dure un an, c'est toujours la même chose, y a rien à faire. C'est comme la néphrologie... pff... la néphrologie, ça dure aussi longtemps, puis y a... y a... y a... régulièrement y a pas de traitement. Cardiologie c'est différent, y a des médicaments. Cardiologie on insiste un peu plus parce qu'on sait qu'il y a quelque chose à la... y a des prescriptions. Mais néphrologie, démence, et tout ça... y a pas grand-chose.

755

La neurologie aussi des fois c'est compliqué.

760 La neurologie aussi. Donc... c'est vrai qu'on a... on finit par avoir un discours rassurant auprès du patient, en disant que d'toute manière y a pas de traitement. Qu'est-ce qu'il faut faire ? Ben rien ! [Rire de dépit]

765 **Bon, ouais c'est vrai que c'est pas toujours évident. C'est pas toujours évident. [Rires] Euh... alors qu'est-ce que je pouvais vous demander d'autre ? Voilà, on a fait déjà... on a fait un peu le tour et puis vous m'avez donné déjà pas mal d'éléments d'information. Euh... J'sais pas si vous vouliez rajouter quelque chose d'autre, du coup par rapport à tous les moyens, toutes les idées qu'on pourrait avoir pour améliorer les choses ?**

770 Non c'est... je me répète un petit peu, mais c'est... c'est quelque chose qui arrive dans la vie d'un médecin. Et... celui-là qui n'a pas fait d'erreur médicale c'est qu'il n'en n'a pas eu connaissance. C'est pas possible autrement. Après, une fois que l'erreur médicale est faite, ben il faut tout faire pour que ça se reproduise pas. Donc j'pense que là, la formation médicale est importante. Faut... c'est un métier qui... qui demande énormément de vigilance,

775 énormément de travail. Mais on ne peut pas être performant partout. Et on est quand même très seul dans le métier. Parce que... une fois que le... que le soir arrive. Une fois que le weekend arrive. Ben... là y a plus beaucoup de... de gens pour vous aider.

Cette solitude elle... elle augmente le risque d'erreur ?

780 Ah oui. Oui. Ben il faut faire des choix. Entre... une personne qui sera mal menée... qui sera mal prise en charge... et... et le fait que... il y ait une pathologie qui peut être grave, mais c'est pas sûr, on n'a pas tous les éléments pour savoir si effectivement c'est grave ou pas. Et donc on pèse le pour, on pèse le contre, et à un moment il faut prendre une décision. Mais y a des décisions... quand on est à 48 % pour un diagnostic, et 52 pour l'autre, c'est... c'est pas facile, hein.

Du coup cette solitude, vous la ressentez surtout les soirs et les weekends ?

790 Ah oui, c'est là qu'on sent que... c'est...

Mais la journée en semaine, vous la ressentez moins ?

795 Non, puis on est... on est... en maison de santé y a quand même des... des confrères qui sont là, on peut demander un avis...

Donc là ça nous amène sur un autre moyen que vous utilisez régulièrement pour... vous protéger...

800 Oui. Ah oui.

... c'est le... les échanges entre confrères. Ouais.

805 Oui. Ça peut aider quand on sait pas trop quoi... quoi faire. Je vois ma consoeur, souvent elle nous demande, donc... elle hésite un petit peu, donc le fait que nous on vienne, on peut affirmer quelque chose, et puis ça peut faire basculer les choses. Donc c'est un deuxième avis, voire un troisième avis. On a déjà été à trois sur un patient pour décider ce qu'il fallait faire, ne sachant pas trop ce que c'était. [Partie non transcrite dans un souci de confidentialité] Mais... faut pas oublier que la médecine générale, surtout quand on fait des visites, des fois on est vraiment franchement seul. Ou le soir ici... à neuf heures, dix heures, quand on consulte encore... pff...
810 puis c'est souvent des... des cas difficiles. C'est... c'est assez rigolo, mais les... les derniers patients, souvent c'est des gens qui viennent parce que justement ils vont pas bien, ils arrivent en fin de consultation... puis vous êtes un peu crevé hein, vous avez faim, vous avez soif, puis y a encore une visite à faire après. Donc faut prendre une décision rapide sur quelque chose d'hyper complexe. On sait qu'on peut se tromper.

815

Et dans ces moments-là, qu'est-ce que vous faites ? Comment vous faites ?

820 Pff... on réfléchit. Et puis on sait que d'toute manière si on perd trop d'temps sur ce cas-là, comme y a une autre visite à faire encore, on... après on traitera mal l'autre. Parce que souvent le... c'est les consultations... quand y a du travail... puis y a quelqu'un qui vous appelle, qui va pas bien et vous lui dites « Bon, ben je... j'irai après les consultations. » Donc déjà vous le faites attendre. C'est un premier risque. Et... en plus y a celui-là qui vient et qui vous... qui

vous retarde. Donc... y a... y a un patient qui vous attend parce que... c'est peut-être pas bon. Et y a celui-là qui vient parce que c'est pas bon.

825

Mh.

Alors, bon. On gère comme on peut. Mais c'est... c'est... c'est source de stress. Le stress c'est ça. Le stress c'est pas... c'est pas forcément travailler aux urgences. Le stress on l'a... on l'a énormément en médecine générale. Entre... deux... deux situations urgentes. J'trouve que le... le 15 pour ça, c'est... c'est pas si compliqué que ça. Y a une urgence, qu'on peut terminer tranquillement et ensuite on dit « Voilà, je suis de nouveau disponible. » Nous on a souvent deux urgences. En même temps.

830

835 **Ou des fois plus.**

Ouais des fois plus. Mais bon la troisième souvent... elle est plus tellement urgente. Mais deux... deux urgences en même temps c'est... c'est quelque chose qui arrive. Hein, c'est... c'est quelque chose qui finit par être urgent parce que la personne... n'est pas là, vous lui dites « Bon je passerai après. » Elle vous rappelle, ça va pas mieux, donc du coup ça commence à être franchement urgent. Puis si vous n'arrivez pas à terminer vos consultations. Donc à un moment ça devient stressant. Puis y a... y a... l'emmerdeur qui vient là au dernier moment, l'emmerdeur... le cas pénible.

840

845 **Oui je vois. [Rires]**

La suture. La suture.

Oui, je vois. C'est celui qu'on n'attendait pas...

850

Voilà. Voilà.

La complication qu'on n'attendait pas. Qui était pas prévue. [Rires]

855 Voilà. Alors celui-là, il vous casse les pieds, parce que y a l'autre urgence qui... qui n'est pas bien.

Même s'il n'a pas fait exprès.

860 Ah non, il en... il n'en peut rien. Mais c'est... c'est... C'est pas facile à gérer tout ça. Y a un tas de situations qu'on... qu'on bon f... que finalement l'université peut pas enseigner, parce que ils ne sont pas sur le terrain. C'est vraiment des choses que... que l'étudiant peut voir quand il fait ses stages... ses stages chez des maîtres de stage.

865 **Ouais, mais pour... Par rapport à cette surcharge de travail, cette... parce que là clairement vous identifiez une... une cause possible de l'erreur...**

Ouais.

870 **... liée à la... aux journées à rallonge, à la quantité de patients imprévus etc. Qu'est-ce qu'on peut faire pour améliorer les choses ?**

Euh... par rapport aux urgences ? Fff... Ben il faudrait plus de médecins, ça c'est sûr.

875 **Plus de médecins ?**

Ah oui, ah oui. Il faudrait de nouveau inonder le... marché. Comme à l'époque, y a trente trente-cinq ans, le marché était inondé par les médecins, et c'est vrai que ça... c'était... c'était mieux. Là maintenant, euh... alors on remplace des médecins par des... des infirmiers, par des
880 secouristes et tout. Mais y a beaucoup de choses qu'il faut qu'on rattrape, alors si ça avait été traité par un médecin, ça aurait été mieux fait.

885 **Mais alors du coup, on risquerait de tomber dans cet espèce de relâchement dont vous parliez tout à l'heure, et qui serait lui aussi propice au... au risque d'erreur médicale ?**

Oui, mais entre le relâchement et puis le... le...

Faut trouver le juste milieu ?

890 Oui faut trouver le juste milieu. A l'époque y avait peut-être trop de médecins, maintenant il n'y en a plus assez. Là y a quand même...

Et du coup ça redevient un risque ?

895 Ben ça de... On est quand même tout l'temps soit... hy... enfin hyper *booké*. Donc c'est... c'est un peu frustrant. Puis on n'arrive plus à faire son travail comme autrefois. On n'arrive pas à voir tous les résultats comme il faudrait. On n'arrive pas à réfléchir. On n'arrive pas non plus à... à traiter... à réfléchir... à consulter un... le Vidal ff... pour... pour mieux soigner. On n'a... on n'a plus le temps. Alors... tant pis hein, c'est comme ça et on fait avec. Mais c'est...
900 je trouve que c'est dommage que les politiques depuis quinze ans ne nous... n'aient pas écouté les médecins, parce que depuis quinze ans, on dit quand même que... ça va pas du tout, qu'il faudrait faire quelque chose. Donc... les différents gouvernements ne nous ont pas écouté. Hein... les... bon ben j'ai fait un petit peu de politique, et c'est vrai que j'ai beaucoup alerté les politiques du coin, la seule réponse qu'on nous donne à chaque fois, on sortait un mouchoir et
905 on me donnait un mouchoir pour que je m'essuie les yeux. Donc ça montrait bien que... les médecins sont toujours considérés comme des nantis, et que c'était pas un problème politique, que c'était les médecins qui se plaignaient, mais que... fallait pas s'affoler. Donc moi par... à par me sortir un mouchoir, c'est tout ce que j'avais comme réponse. Bon maintenant, ça a changé. On nous écoute un peu plus. Mais à peine plus. Parce qu'ils sont toujours convaincus
910 que...

Que le problème vient de... des médecins et pas des...

Ouais. Ouais.

915 **... et pas des patients ?**

Non, pas des politiques. Pas des politiques. C'est quand même des politiques qui ont mal géré depuis... une quinzaine d'années, une vingtaine d'années... et c'est pas faute des médecins, qui
920 les ont pas prévenu. C'est le politique qui est entièrement responsable de la situation. Alors tant pis, on... on fait pour le mieux pour arriver à arranger les choses. On va... on va corriger, on commence à être écouté. La preuve c'est qu'il y a des... des... des communautés

d'agglomération des communes qui proposent des aides aux médecins. Ça commence à être intéressant. Donc... faut faire avec.

925

Très bien. Ben merci beaucoup.

[Fin de la transcription]

Entretien 18**Profil du participant :**

Code participant	18
Sexe	Homme
Age (ans)	43
Durée d'exercice (ans)	11
Zone d'activité	Rurale, Urbaine, ZFU
Mode d'installation	Association
Maître de stage	Non
Spécificité de l'activité	Urgence 24/7

Contexte de l'entretien :

Lieu de l'entretien	Cabinet Médical
Durée de l'entretien (mn)	23

Transcription de l'entretien :

Gras : Intervieweur
Normal : Interviewé
[...] : Paratexte

[Début de la transcription]

Comment vous définiriez l'erreur médicale ?

5 L'erreur médicale pour moi, c'est clairement être passé à côté de... de quelque chose quoi ! A un instant T, y a tous les signes... ça percute pas, et tu... tu passes sur un diagnostic plus rassurant. Euh... plus rassurant ou un autre diagnostic. Et... alors... les conséquences... il peut y avoir préjudice ou non pour le patient. Euh... Voilà.

10 **Donc là ce serait plus une erreur de dia... diagnostic ?**

Pour moi oui. Ouais.

Est-ce qu'il y aurait peut-être d'autres types d'erreur médicale ou... ?

15 Euh... Là de prime à bord, j'en vois pas. Euh... Non, non.

D'accord. Et vous... arriveriez à différencier l'erreur de la faute ? Comment vous différencieriez les deux ?

20 L'erreur de la faute ? Ouh, c'est très subtil ça.

Non, non, mais moi... après... Y a pas de piège ! C'est vraiment pour savoir...

25 Ouais, ouais. Tout à fait. Mais j'essaie de voir un peu les... l'erreur de la faute ?

... comment vous voyez les choses.

30 Euh... Hum... L'erreur médicale de la faute médicale... [longue hésitation] Est-ce que l'erreur ce serait pas plus un défaut de... de connaissance et de... et de compétence. Et puis la faute médicale, peut-être quelque chose de plus... de plus conscient.

D'accord. Très bien. Et le risque d'erreur, c'est quelque chose auquel vous pensez souvent ? A quel(s) moment(s) vous y pensez, dans votre pratique ?

35 Ben... souvent. Quand le... quand le diagnostic est pas franc, pas précis. Quand y a un doute, qui persiste.

[Un collaborateur du cabinet frappe à la porte et interrompt l'entretien]

40 Revenons à nos moutons !

Ouais on en était... A quel moment vous y pensez dans votre pratique ?

Ouais.

45

A ce risque d'erreur médical.

50 Ouais. Euh... tut tut, donc effectivement, pour moi c'est surtout quand... le diagnostic est pas sûr à 100 %, quand y a un doute. Euh... hum... ou parfois quand les... quand t'as... t'as du mal à recueillir les données. Quand t'as un interrogatoire qui est un peu... vraiment difficile. Euh... effectivement quand y a ce... Alors moi je suis quelque chose... j'suis quelqu'un d'assez... anxieux de nature, donc dès que je suis pas sûr à 100 %, j'me dis « Fais gaffe, qu'est-ce que tu fais pour être vraiment... »

55 **D'accord.**

... pour être vraiment sûr du diagnostic ? Qu'est-ce que tu... ».

Donc là c'est les moments où vous pensez à... à ce risque de vous tromper.

60

Ouais.

Et... et du coup en pratique...

65 Mh.

... quel... quel(s) mécanisme(s) ça met en... en marche dans votre tête ? Qu'est-ce que... Comment vous réagissez dans ces moments-là ?

70 Ben, comment je réagis ? Ben, c'est surtout que... je prends mon temps et je... à la rigueur je réexamine le patient une deuxième fois. Je fais vraiment le tour de la chose. Euh... Comment je réagis ? Ben, ça entraîne globalement plus souvent une demande d'examen complémentaire. Que ce soit une bio, ou une radio et ainsi de suite. Euh... ce qui m'arrive aussi parfois, c'est de... de rappeler les gens !

75

D'accord.

Pour surveiller l'évolution.

80 **D'accord. Et... quand vous... quand vous pensez à ce risque d'erreur médicale, qu'est-ce que vous redoutez ?**

Alors, je redoute pas tellement pour moi, mais plus pour les gens.

85 **Vous redoutez pour le patient ?**

Ouais.

L'erreur pour le patient ?

90

Ouais.

D'accord. Et pour vous, pas du tout alors ?

95 Ça vient... loin, très loin. [Rires] C'est plus pour les gens que je me préoccupe que pour...

D'accord. D'accord. Et puis du coup, là vous avez pu lister quelques moyens que vous utilisez pour... pour prévenir ce risque. Euh... donc rappeler les gens...

100 Rappeler les gens.

... prendre votre temps...

105 Je prends vraiment mon temps si y a... si y a un doute. Euh... Donc j'disais, si y a un examen de... si y a des examens complémentaires à faire, alors à ce moment-là j'essaie de les orienter pour essayer que ça se fasse rapidement. Euh... Après y a tout ce qui est en amont, tout ce qui est formation, et rappels de... des trucs de base... de médecine quoi.

D'accord. Quel(s) type(s) de formation ?

110

Euh... Alors essentiellement, euh... formations à distance. J'fait vraiment des formations présidentielles euh... présentielle. Et puis après, je... je lis beaucoup aussi.

D'accord. Des revues ?

115

Ouais.

D'accord. Et vous avez l'impression que toutes ces formations et toutes ces lectures, elles vous servent dans... dans cette... optique de prévenir l'erreur médicale, ou... pas forcément ?

120

Tout à fait. Alors, y a deux choses. Effectivement tout ce qui est lecture, c'est pour un peu rafraîchir tout ce qui aurait déjà pu être oublié. Et... voire pour se mettre à jour. Et les formations, c'est plus pour l'aspect un peu plus pratique effectivement.

125

D'accord.

Ouais.

130 **Et les autres méthodes que vous avez évoquées un peu plus tôt, à savoir, rappeler le patient... y avait aussi prendre votre temps. Vous avez l'impression que ça a une réelle efficacité pour prévenir l'erreur médicale, ou bien vous le faites plus pour vous rassurer ? Ou les deux ?**

135 Ah, je pense... effectivement plus pour se rassurer qu'autre chose. Pour vraiment pas être passé à côté d'un truc, pour...

Vous pensez que ça n'a... ça n'a pas d'incidence sur...

140 Si je regarde un peu à distance comme ça des cas où...

... le risque de survenue...

145 ... effectivement, j'aurais... j'aurais peut-être pu avoir un peu peur d'une erreur médicale, euh... ça a pas changé le diagnostic. Euh, ouais la dernière fois que j'ai revu... enfin, j'ai réexaminé la patiente, j'suis repassé sur son abdomen et tout ça, ça a pas modifié le diagnostic final, ça a simplement déclenché un peu autre chose, quoi. C'est tout. Par rapport à la suite de la prise en charge.

150 **D'accord. Mais sur le risque de se tromper de diagnostic, finalement ça change pas grand-chose.**

Hum, j'pense pas.

155 **Et quand vous rappelez les gens par la suite, est-ce que vous avez l'impression que... ça vous permet de... de rebondir, d'éviter certaines erreurs... ?**

Ah, ça par contre oui. Ça, oui.

160 **Rappeler, ça, vous avez l'impression que c'est efficace.**

Ouais. Ouais.

165 **D'accord. Est-ce que vous voyez d'autres moyens que vous mettez en pratique, régulièrement... qui vous permettent de diminuer... ? Ben c'est déjà pas mal ce que vous avez cité, peut-être qu'il y a autre chose ?**

170 Ouais, alors ce qui est pas mal, ce qu'on fait actuellement avec deux ou trois médecins ici, c'est... soit directement, quand on est au lit du malade, d'appeler un collègue pour... voir ce qu'il en pense, et ce qu'il ferait.

D'accord.

175 Et... euh... Sinon, à distance, de... de parler d'un cas qu'on... qu'on a vu, et puis après pareil...

Qui a posé problème ?

Ouais.

180 **D'accord.**

Ouais. Et ça on... et ça on se fait ça avec deux ou trois médecins de temps en temps...

D'accord. Et comment vous est venue l'idée, du coup, de faire ces...

185

Alors c'est pas... c'est pas... comment dire ? C'est pas formel ! C'est... « Tiens, dernière fois j'ai eu machin, il avait une douleur machin, j'ai fait ci et ça, qu'est-ce t'en penses, ça m'a posé problème là et là... », et puis...

190 **Vous vous réun... vous vous réunissez physiquement euh...**

Ouais. Même on boit un café... on parle de tout et de rien, et puis tout à coup il y a... y a ce cas qui revient à l'esprit...

195 **D'accord.**

C'est vraiment pas quelque chose d'organisé en fait.

C'est pas organisé. Pas encore !

200

Pas encore. [Rires] Ben, à un moment, on avait des groupes de... comment ça s'appelle... des groupes de pairs. Qu'on avait mis quand on était... en place quand on était dans nos anciens locaux. Ça a duré cinq six mois, mais après...

205 **Pour quelle raison ?**

Alors, je pense c'est plus par... peut-être pour... le temps, pour réunir les g... enfin un nombre assez important. Un petit nombre de gens... nous étions... de médecins. Peut-être aussi parce que... Alors moi je trouvais ça hyper intéressant. Est-ce que les gens étaient plus assez motivé ?

210 Je sais pas.

Mh.

Possible.

215

Les groupes de pairs avec le... la version où on tire au sort un... un patient ? Ou c'est... Ou c'était des patients qui étaient choisis en fonction de leur... ?

220 Euh... Non. C'était... Alors, on faisait un peu différent, il me semble que c'était... Par exemple on disait « Allez hop, la dernière douleur thoracique, ou le dernier infarct... ».

D'accord.

225 « Euh... Ramenez tous votre dernier cas clinique », et puis on en discute, on discute la meilleure conduite à tenir, et ainsi de suite.

Et ça, vous pensez que ça avait une incidence sur... votre euh... sur la... la préva... le... le... pour améliorer on va dire notre prévention face à ce risque d'erreur médicale ? Ou... pas forcément ?

230

Ben écoutez, oui. Parce que d'une part, parce que ça permettait de... de relativiser par rapport à cette proximité du patient. T'avais moins de... de risque d'erreur médicale, donc tu en discutais plus librement, j'pense. Et puis, tu apprends aussi de... entre guillemets l'erreur des autres.

235

Les erreurs des autres. Ouais. C'est plus agréable d'apprendre de l'erreur des autres que des siennes ! [Rires]

[Rires] Et puis, ils font pas que des erreurs non plus. [Rires]

240

C'est vrai, c'est vrai. On peut aussi apprendre de l'exemplarité des autres. [Rires]

Tout à fait !

245

Non, mais c'est intéressant tout ça. Et du coup, par rapport à... à la gestion de l'erreur médicale. Une fois que l'erreur s'est produite, euh... comment on peut limiter les conséquences de cette erreur ? Alors les conséquences elles peuvent être de plusieurs types. Tout à l'heure on a évoqué les conséquences auprès du patient.

250

Mh.

Et puis, dans une moindre mesure, on a... on a aussi parlé des conséquences au niveau du médecin. Euh... Comment on peut... comment on peut gérer au mieux l'erreur médicale, une fois qu'elle est survenue ?

255

Hum. Alors ça !

C'est un peu plus compliqué... comme question.

260

Ben, le problème c'est qu'une fois qu'elle survenue, elle dépend plus de toi. Les suites dépendent plus de toi. A mon sens.

Pas du tout ?

265

[Petit silence d'hésitation] Je vois pas en quoi ça peut... les conséquences de cette... erreur médic...

Les suites pour le patient peut-être...

270

Oui, oui. Tout à fait. Et même les suites euh... judiciaires par exemple, ou les suites...

Après y a pas que l'aspect judiciaire.

275

Ouais, ouais, tout à fait. Mais... je vois pas en quoi une fois que l'erreur est faite, tu peux... modifier un peu la... soit l'évolution pour toi ou pour le patient, ou... euh... après effectivement

t'en apprends. Mais... [silence] Au contraire, ça rend plus stressant dans le... sur le même motif d'appel, ou le même motif de consultation.

Ça va augmenter le stress vous penser ?

280

Ouais. Ça... ça... Tu fais peut-être... Alors, c'est comme tout, ça s'oublie un petit peu je pense. Par exemple sur les deux trois douleurs thoraciques, si t'as eu un problème sur une douleur thoracique, sur les prochaines douleurs thoraciques tu vas faire deux fois plus attention. Et après tu vas... tu vas de nouveau un petit peu à mon avis... partir un peu dans la routine ou dans le...
285 J'ai l'impression que parfois effectivement c'est un peu plus euh... c'est une petite piqure de rappel les erreurs... enfin les erreurs médicales, ou la suspicion d'erreur médicale. Et qui te...

Donc ce serait bénéfique alors là... si... ?

290

Dans ce cas-là, oui effectivement. Ouais.

Et par rapport aux aspects négatifs sur... alors sur le patient, vous m'avez dit que... que... finalement on n'y peut... on peut rien faire pour améliorer les choses. C'est ce que vous pensez hein ?

295

Mh.

Et pour... et pour le médecin ? Euh donc vous parliez de stress tout à l'heure. Qu'est-ce qu'on pourrait faire par rapport à ce stress ? Pour gérer la situation au mieux ?

300

Pour gérer la situation au mieux ? Euh... Alors, franchement, ce stress je pense c'est uniquement une question de... de personnalité et de... et de... effectivement le comportement individuel, donc...

305

Ça dépend de chacun ?

Ouais.

310

D'accord. Ouais, je vois. [Toux] Et maintenant à l'échelle d'une population globale de médecins généralistes, quelle idée vous auriez pour améliorer les choses en termes de moyens qu'on a pour... se prémunir face au risque d'erreur médicale ? Qu'est-ce qui manquerait dans notre... dans nos outils, dans nos moyens, qu'on pourrait mettre en place ?

315

Alors, déjà je trouve que... y a des outils, qui sont déjà en place, mais qu'on n'utilise pas assez.

Quoi par exemple ?

320

Genre, les deux petites formations qu'on a... dans l'année je trouve que... effectivement il en faudrait un peu plus quand même.

Ouais, ça revient souvent ça, d'insister sur ces formations. Et vous feriez comment en pratique ? Comment on pourrait faire en pratique pour généraliser ces formations à l'ensemble des médecins généralistes ?

325

Alors aut... Pour autant je suis pas pour l'espèce de re-certification qu'ils veulent faire là, mais autant moi je rendrai les formations obligatoires, annuelles. Euh... annuelles obligatoires. C'est-à-dire que... si t'as pas fait tes quatre ou cinq formations dans l'an, euh [inaudible : deux ou trois mots] ben après y aura des conséquences, j'sais pas... sur ta pratique ou...

330

Des sanctions ?

Ouais. Sanctions ou... C'est vrai que les médecins c'est toujours pareil.

335

C'est-à-dire ?

On marche mieux avec les incitations que les sanctions. [Rires]

[Rires]

340

Mais... euh ouais. Je serais plus de l'avis de... de rendre ça obligatoire, plutôt que de... de repasser des examens, ou des trucs de re-certification.

345

Ouais effectivement, ça c'est une idée qui revient souvent dans les entretiens que j'ai pu faire. D'insister sur ces formations. Puis vous auriez d'autres idées qu'on pourrait généraliser, qu'on pourrait... qui... alors ça peut être aussi comme les formations, des choses qui existent déjà, mais... euh... qui ne sont pas suffisamment pratiquées. Peut-être que vous avez d'autres idées ?

350

Euh... tut tut... pff... [silence d'hésitation] Alors ça... ça regroupe un peu les formations, mais tout ce qui est DU, euh... diplômes complémentaires. Le seul truc c'est que c'est extrêmement prenant.

Ouais.

355

Et... avec une activité comme vous vous en avez une, moi j'en ai une, c'est... Y a des choses que j'aimerais faire, j'sais pas le DU... l'allergo, des trucs comme ça, mais... tu peux pas. T'as pas le temps. Enfin... Ça... C'est super prenant comme... comme formation quoi. Entre des... stages, des formations théoriques, voire si y a encore un mémoire à rédiger après ou un truc... euh... c'est bon ! [Rires] Et c'est pour ça que... les formations j'pense c'est vraiment le truc idéal, tu bloques deux jours, ou un jour, et puis... ça te... c'est pas... pas aussi pesant que ces... que les autres formations quoi.

360

365

Tout à l'heure on parlait... hum euh du... du risque pour le médecin, et vous parliez de l'aspect judiciaire euh qui pouvait... planer au-dessus... au-dessus du médecin qui a fait une erreur médicale. Euh... par rapport à ça, qu'est-ce qu'on pourrait faire pour améliorer les choses ? Alors ça peut être en amont de l'erreur...

Mh.

370

... et aussi une fois que l'erreur est survenue.

Après c'est difficile.

375

Ou bien peut-être qu'il y a rien à faire.

Je vois pas c'qu'on peut faire parce qu'effectivement c'est un peu dans l'ère du temps de... de... euh de donner des conséquences judiciaires à... à quelconque préjudice ou à quelconque atteinte physique... à quelconque atteinte physique suite à un défaut de... de diagnostic ou à une erreur diagnostique. Donc... y faire quelque chose...

380

Donc vous pensez que le médecin si... le médecin qui a fait une erreur diagnostique avérée sera forcément condamné ? Judiciairement.

385

Ben, si y a une erreur qui a entraîné une perte de chance ou effectivement... Oui j'pense que, à mon avis...

D'accord.

390

Je vois pas trop comment le... le prémunir judiciairement.

Après ouais, ça dépend de...

395

Après ça dépend de la gravité de la chose. Effectivement. Mais..., après y a tout... y a le... le pénal et y a civil. Effectivement. Après le civil, y a les assurances, tout ça. Ça couvre aussi. Mais... euh... c'est plus pour le... le judiciaire que à mon avis, c'est important pour le médecin... que pour le civil.

400

D'accord. Et par rapport à ce... par rapport à tout cet aspect judiciaire, vous pensez que les médecins sont fisam... sont suffisamment armés, suffisamment informés, formés ?

Pas forcément. Notre formation juridique là-dessus...

405

Et vous regrettez, ça, qu'on soit pas suffisamment formé par rapport à ça ? Ou pas forcément, vous pensez que c'est pas de notre ressort ?

Ben, je pense que... effectivement, il devrait y avoir quand même un point un peu plus approfondi là-dessus. D'autant plus que c'est vraiment... un problème...

410

[Interruption par un appel téléphonique : une à deux minutes non transcrites]

De toute façon là on approche à la fin de mes questions.

Oui.

415

Je sais pas si y avait quelque chose d'autre que vous vouliez rajouter, si y a des questions ?

Euh... [petit silence]

420

Ça fait déjà pas mal d'éléments que vous avez... que vous avez pu me donner. Donc là, on arrive euh j'ai déjà fait pas mal d'entretiens... et c'est vrai que les réponses que vous m'avez données c'est des réponses qui pour la quasi-totalité...

Qui reviennent souvent.

425

[Fin de la transcription]

Entretien 19**Profil du participant :**

Code participant	19
Sexe	Femme
Age (ans)	48
Durée d'exercice (ans)	19
Zone d'activité	Rurale, Urbaine
Mode d'installation	Association
Maître de stage	Non
Spécificité de l'activité	Urgence 24/7

Contexte de l'entretien :

Lieu de l'entretien	Cabinet Médical
Durée de l'entretien (mn)	83

Transcription de l'entretien :

Gras : Intervieweur

Normal : Interviewé

[...] : Paratexte

[Début de la transcription]

Alors... [toux] alors je vais déjà commencer par vous demander un petit peu... poser des questions concernant votre profil.

5

Oui.

Votre durée d'exercice ? Et votre âge ?

- 10 D'accord. Euh... j'ai... j'ai quarante-huit ans déjà. Et j'ai fait ma médecine à Berlin. Parce que j'suis quelqu'un qui... parle quatre langues et je suis beaucoup moins matheuse, donc j'ai passé mon bac à l'école allemande à Paris, et j'étais tout de suite découragée, j'ai même pas essayé de faire une... le PCEM de l'époque pour... pour être dans une sélection, que je connaissais pas, que je trouvais très cruelle, et qui passait aussi par les maths et les physiques. Euh... donc
- 15 j'ai... la sélection elle est aussi rude, mais elle se fait... euh durant l'été en Allemagne, et on... on trouve pas les concurrents. Quand on... on trouve les premiers semestres, la sélection est faite, donc l'ambiance est très bonne. Et donc j'ai passé... sept ans et demi à Berlin, et je savais d'office, puisque la France et l'Allemagne ont fondé l'Union Européenne, que ce diplôme allait me permettre d'exercer dans n'importe quel pays membre de l'Union Européenne. C'était pas
- 20 très clair parce que... les systèmes sont assez conservateurs, euh... et... mais finalement ça s'est bien fait. Ça veut dire que je suis médecin généraliste de l'ancienne génération, il fallait après les six ans de médecine juste passer un an et demi de stage. En Allemagne, ça veut dire dans n'importe quel service. Euh... j'étais qualifiée pour exercer la médecine générale. J'étais pas en confiance pour... ouvrir un cabinet, j'avais pas les sous. J'avais pas l'expérience
- 25 clinique. Euh... pendant une année Erasmus, j'avais une proposition de faire FFI en France, faisant fonction d'interne. Et donc je... j'étais plus confortable dans un milieu hospitalier

entourée de personnes... de professionnels, de confrères expérimentés, et avec le plateau technique derrière. C'était la période où... euh... il n'y avait aucune carrière de médecine d'urgence possible, mais... beaucoup de besoins. Les médecins aux diplômes étrangers étaient les bienvenus. Donc je savais que je pourrais au moins avoir des revenus, et progressivement, on parlait de nouveaux services, on parlait de fermer des services à petits volumes, pour faire agrandir d'autres. On ouvrait des postes. Et donc j'ai pu progresser, ce qui était inespéré, dans une spécialité qui finalement me plaisait beaucoup. Euh... ce qui veut dire que la médecine générale m'a qualifiée. J'ai pas pratiqué la médecine générale comme beaucoup de confrères. J'étais donc de quatre-vingt-dix-neuf à deux-mille-treize, temps plein en médecine d'urgence.

D'accord.

Contrairement à ce qu'on pense, il faut euh... beaucoup de pratique de médecine générale aux urgences, parce que... plus c'est populaire, plus les personnes viennent avec une sinusite, ou une angine. Et... pendant mon congé grossesse, les généralistes se sont mis en grève, ils ont plus assuré leurs gardes. Euh... et le service d'urgences où je travaillais, est passé d'un volume de trente-trois-milles à quarante-quatre-milles personnes. Donc tout à coup la médecine générale faisait partie de ma pratique quotidienne, ça n'a pas arrêté. Mais c'est de la médecine générale non programmée. Euh... j'ai eu... la chance d'avoir très peu de plaintes. Une seule plainte qui... euh est passée au tribunal. J'avais... à ce moment-là beaucoup de soucis privés, et dans le professionnel, notamment avec la recherche, que j'ai dû arrêter. Euh et donc j'ai été en arrêt maladie pendant un an et demi, et j'ai choisi une activité plus calme dans ce cabinet d'association spécialisé dans l'urgence, où je peux puiser dans mon expérience de médecine générale mais aussi de médecine d'urgence. Parce que contrairement à ce qu'on pense, on a rarement des personnes qui sont en cyanose globale, on diagnostique des infarctus chez des personnes qui pensaient bien faire appeler un généraliste, qui ne disaient pas les antécédents au téléphone, euh... donc finalement on doit gérer... gérer notre... nos risques dans notre pratique.

D'accord.

Mh.

Donc alors... euh... ben c'est bien, vous nous avez fait une présentation de votre profil professionnel.

Mh.

[Partie non utile à l'analyse, non transcrite dans un souci de confidentialité]

Alors je vais commencer par vous demander, qu'est-ce que signifie pour vous l'erreur médicale ? Que représentent ces deux mots pour vous ?

L'erreur médicale, c'est un terme très très vaste. Aujourd'hui j'ai envie de dire que y a tellement de professions paramédicales qui partagent la prise en charge avec les médecins. Ce qui nous reste, c'est poser le diagnostic. Euh et agir sur le pronostic. On peut se tromper sur le diagnostic, on peut se tromper aussi sur les décisions thérapeutiques, et donc ne pas agir au mieux sur le pronostic. L'erreur médicale ressentie par le patient, ça peut être... je me suis trompé de diagnostic, j'ai émis une hypothèse... j'ai dit le diagnostic le plus probable. Une semaine après on se rend compte... « Ah non, c'était pas une bronchite, c'était une pneumonie ! » Par exemple. Le... le patient le vit comme erreur. Euh... devant la justice, l'erreur médicale c'est

autre chose. J'ai eu une procédure de justice, et je m'rends compte que les cardiologues en ont beaucoup plus. Chez un monsieur dont la fille a appelé parce qu'il avait une douleur thoracique. La fille m'dit « Mon père n'a aucun antécédent », le patient m'dit « J'ai aucun antécédent. »
80 J'ai sous-estimé le risque, c'était une erreur de ma part. Euh... et... en fait ce patient fait... faisait une attaque cardiaque et en trois quarts d'heure il était en arrêt. Il est décédé très très jeune. Et... la responsabilité m'incombait, parce que j'étais régulatrice, alors j'avais remplacé... j'ai pris le coup de fil qui ne m'était pas destiné, de mon confrère qui était au téléphone. Les... ARM étaient aussi en cause, mais juridiquement non, parce que d'toute
85 manière la responsabilité m'incombait. Euh... difficile aujourd'hui de faire porter la responsabilité quelconque au patient, parce que c'est pas à la mode. Euh... donc l'erreur médicale, devant la justice, est énorme. C'est un grand E. Euh... c'est grave, parce que... on ne choisit pas d'aller en médecine pour pratiquer des erreurs. Et souvent nous sommes de très bons élèves, on n'a pas été habitués à faire des erreurs, euh... on... on peut avoir un entourage
90 privé très critique, on peut avoir un entourage professionnel qui est très incisif, euh... sous le point... mais je vais appeler ça de la violence psychologique. Euh... et... ça veut dire que on n'ose même pas en parler, des erreurs qu'on fait nécessairement. Que ce soit la médecine générale, en médecine d'urgence, c'est encore plus clair. Les personnes viennent... peuvent... parfois ils ne parlent pas. On peut pas deviner les antécédents. J'avais un cas... y a dix ans, où
95 je ne connaissais pas le poids d'un enfant de deux ans. Il fallait que je demande... la maman était comateuse après un accident de voie publique, j'ai demandé au fils de cinq ans « Mais ta fille euh ta... ta sœur elle a quel poids ? » Et... vous allez me dire mais il faut la peser, mais... mais en pré-hospitalier y a pas de balance. Euh donc on est obligé de travailler avec le manque d'information en médecine d'urgence, qui existe aussi en médecine générale. Et je rencontre
100 beaucoup de personnes dans la pratique, et même au sport, dans d'autres contextes... « Non, je ne dis pas mes antécédents à mon... à mon médecin. » Ils se rendent pas compte, y a pas... plus cette culture qu'il faut tout dire et qu'il y a des interactions entre des médicaments qu'il faut essayer d'aborder.

105 **Mh.**

Hein, c'est... c'est étonnant, le manque de culture générale par rapport à la médecine, et ce que les médecins doivent... euh les patients doivent apporter dans l'entretien médical.

110 **Un manque d'éducation peut-être par rapport à ça... des patients.**

J'ai envie de dire ça, oui. Oui. J'ai envie de dire ça. D'éducation dans les familles, et à l'école.

115 **On sensibilise pas assez les gens par rapport à ça ?**

Oui.

120 **D'accord. Et... la faute, comment... comment on pourrait différencier la faute de l'erreur ?**

Oh ! Non, non, ça...

Ça c'est une autre question... ça c'est une autre question euh...

125 Je ne sais pas répondre parce que le français c'est ma deuxième langue. Je voudrais bien apprendre, mais je ne sais absolument pas vous répondre.

[Rires] Même pas une petite idée ?

130 Euh... écoutez j'essaie de trouver, j'devine que l'erreur médicale est un terme qu'on trouve dans les textes juridiques, et la faute non.

D'accord.

135 J'essaie de réfléchir. [Silence] Non, je peux vraiment pas... Sincèrement je peux pas vous répondre.

D'accord. Et l'erreur médicale, à quel moment vous y pensez dans votre pratique ?

140 Tout le temps ! Tout le temps. Euh... exemple un... y a... y a un an et demi, j'ai été auditionné par la police... pour... pour une f... une jeune famille. Donc, on m'avait appelé pour un petit garçon, de cinq ans *grosso modo*. Sa sœur, quatre ans, qui avait une infection ORL. Pendant la consultation la maman demande aussi à être vue. Ça m'pose pas de souci. Et... elle me demande des médicaments particuliers que je ne prescris pas. J'lui fais... j'lui fais plaisir. Et... et je m'pose pas plus de questions. On parle entre bonnes femmes, je vois pas pourquoi je poserais plus de questions. Ben j'aurais dû. La police s'est rendu compte que cette bonne femme était enceinte, je suis le dernier médecin à l'avoir vue, euh... et je lui ai prescrit des médicaments que je n'aurais pas dû prescrire. Ça c'était moins le problème, mais ça me touche énormément d'avoir fait ça. Et... elle a accouché de son bébé, elle l'a mis dans la poubelle. Donc c'est... c'est grave parce que j'aurais dû me rendre compte que elle... elle avait un grand mal... à suivre... faire suivre sa grossesse. J'aurais dû lui poser la question un elle était enceinte, m'assurer que j'avais droit de prescrire ce que je mettais sur l'ordonnance, lui demander tout simplement « Quand est-ce que vous avez le prochain rendez-vous ? » pour essayer de sauver ce bébé. Et... une des... une des prises de risque, c'est la malveillance des... des patients, qui veulent vraiment cacher les choses, euh au médecin. Et ils y arrivent. Ils y arrivent. Bon ça c'est peut-être pour plus tard... je n'ai pas d'écho de la police, et j'ai appris à pas m'asseoir en m'disant « J'ai pas d'écho six mois après, donc y aura rien », parce que... la preuve il y a eu une suite bien après, pour cette fameuse plainte.

Y a eu une plainte ?

160 Pour cette... j'étais auditionnée, comme témoin... parce que j'étais témoin assistée, je crois que j'étais témoin assistée tout simplement. Euh... et pour l'autre plainte, pour le patient de cinquante-et-un ans qui est mort d'un arrêt cardiaque, euh donc c'était un... la... la veuve s'est adressée à la police euh juste pour savoir ce qu'il s'est passé. Mais la police forcément, elle le transforme en plainte, le procureur a donné suite, et... là c'était une situation de homicide involontaire d'abord. Et j'ai pu prouver que... j'avais... l'enregistrement... que j'avais donné des conseils, j'avais proposé de prendre des Doliprane, ce qui est maintenant légal en France. J'avais envoyé une ambulance simple. Donc j'avais fait beaucoup d'efforts, donc c'était pas un homicide involontaire...

Qu'il y avait une prise en charge logique et...

175 Euh... voilà. C'est monté en *crescendo* et pour ma dernière décision qui était le SMUR, avec un dialogue qui était déjà rompu. Il était déjà dégradé. Mais ça on peut en parler après, la prise de risque quand... un on arrive énervé, dans une cons... visite au domicile, ou une consultation. Et...

Ouais ce sera justement une de mes questions tout à l'heure, tout ce qui est relatif à la gestion de l'erreur, une fois qu'on a... une fois qu'on se rend compte qu'on s'est peut-être trompé...

180

Oui.

... que faire ?

185 Ah oui, oui. Ça ! Et puis en amont aussi. Ne pas... euh... détruire le dialogue au point que les patients se fâchent et disent pas. Euh...

C'est ça, ouais c'est intéressant tout ça effectivement. Et... par ce risque... par ce risque de faire euh... une erreur médicale, qu'est-ce que vous redoutez ? Qu'est-ce que vous redoutez le plus ?

190

Euh... ce qu'on redoute énormément, c'est la mauvaise conscience. Euh... si on n'a pas été habitué de sa vie, à faire des erreurs énormes, on n'a pas l'habitude, donc c'est le ciel qui tombe sur la tête. On n'ose pas en parler parce que c'est la honte, on est un mauvais médecin. Euh
195 donc ça dépend des personnalités, mais on peut vraiment se renfermer. Pour d'autres raisons, j'avais... un... un grand mal à dormir. Donc j'étais en arrêt maladie à cause de ça. Et donc pendant l'arrêt maladie tombe cette plainte. Donc euh... maintenant je dors beaucoup mieux, mais c'est pas parfait. Alors qu'avant comme urgentiste, il faut dormir tout de suite et dormir toute la nuit quoi. Parce qu'après la garde de vingt-quatre heures elle est très dure. Euh... voilà !
200 Donc... donc pour... pour cette famille-là que j'connaisais pas les antécédents du patient, je m'rendais compte que... la fille manquait de culture, le patient manquait de culture, l'épouse manquait de culture... elle montait en agressivité, euh donc moi je... on me reproche à juste titre, que je n'ai plus cru l'épouse quand elle a dit « Ça va pas, ça va pas, ça va pas, ça va pas. » et donc j'ai... maintenu la décision pendant longtemps que ce soit une ambulance privée, qui
205 avait du mal à trouver l'adresse. Ouais. Et donc... j'ai attendu qu'un pompier volontaire passe, pour masser le patient, pour me rendre compte si c'est vrai.

D'accord.

210 Donc c'est la difficulté euh... croire les patients qui sont venus avec des informations qui... n'ont pas la... le vrai tableau, comme nous on a envie de connaître.

Ouais, c'est pas évident, c'est pas évident d'interpréter euh... parce que chaque patient peut avoir sa façon à lui de présenter les choses et...

215

Oui. Oui.

... et c'est à nous de s'adapter quoi !

220

Oui.

Et j'imagine que par téléphone, c'est encore plus compliqué que...

Ah oui ! Oui !

225

... que... que ben que en relation physique.

On peut poser 50 % des diagnostics par l'entretien, donc ce qui permet d'encourager, mais la France est unique. Ce qui... ce qui peut encourager à considérer d'faire de la régulation médicale comme libéral, ou comme hospitalier. Mais vous remarquerez, que j'ai même pas
230 demander, et j'demanderai pas, de faire régulatrice libérale. Euh... j'dis pas qui c'était. Un dimanche, on m'envoie chez... chez une patiente. Elle m'dit, j'ai passé huit heures aux... aux urgences hier. Ce matin le médecin régulateur me dit d'prendre un Doliprane, et je vois une patiente qui saigne. Elle a une hémorragie sous-durale, qui évolue depuis... cinq... c'était... quatre jours. Euh... donc... c'est écrit. C'est écrit... on va faire des erreurs, on va s'tromper, et
235 donc comme vous dites, mais comment aborder le sujet ? Euh... c'est... y a une autre patiente, dix jours après je me trompe sur une patiente, elle me dit « Je suis déprimée », l'ami dit « Elle est déprimée, regardez le bazar dans la maison, j'suis obligé de faire la vaisselle, elle arrive plus à le faire. » et trois jours après cet... le rapport avec l'ami s'est pas très bien passé parce que l'ami décréait qu'elle lui achetait des lunettes, sans penser à l'amener... cette patiente chez
240 l'opticien ou chez l'ophtalmologue. Donc... et je m'suis complètement trompé, en fait elle avait une tumeur qui se présentait sous forme de... de dépression. Moi j'avais fait un examen neurologique mais y avait pas de déficit. Donc j'dis devant la patiente « Je vous envoie pas aux urgences tout de suite ce soir », euh... et je lui ai parlé de la CMP, je lui ai parlé du généraliste, mais pas de passer un scanner quoi. Donc... j'peux comprendre que la... l'ami et la patiente
245 soient fâchés.

Mh.

Et donc ça m'est arrivé d'avoir des courriers d'plainte. Euh... ici j'en ai eu un, au SAMU-SMUR c'était une fois par an, pour des raisons justifiées ou non justifiées. Euh... il est
250 important, c'est ce que le patron de l'époque m'a enseigné, euh d'être très hum...

Humble ?

255 ... humble. Beaucoup d'humilité.

Mh.

Euh... peu importe la cause, on peut crier, hurler « Comment ça je passe trois nuits à rouler
260 dans la ville... ! » A l'époque c'était sept huit gardes de vingt-quatre heures au SAMU-SMUR euh... et... donc c'était une demande d'une famille... « Comment ça se fait que vous nous avez pas appelé à trois heures du matin pour le décès de quelqu'un de quatre-vingt-dix ans ? Et comment ça se fait qu'il a été enterré en banlieue Sud parisienne alors qu'on était à quatre-vingt kilomètres ? » On a envie de... soit de ne pas répondre, ou de... euh de dire « Écoutez, c'est
265 absolument odieux, comment est-ce que vous gaspillez mon temps ? » Et le patron nous a enseigné de... de répondre à tout, toutes les questions, avec beaucoup de courtoisie. Et c'était très bien, parce que y a pas eu de suite. Euh... souvent... Ou un courrier de remerciements, pour avoir répondu à tout. Donc en l'occurrence, j'ai dit « Je vous... la famille avait soixante-dix ans, j'allais pas vous réveiller à trois heures du matin. Euh... et le choix du... du cimetière
270 ne m'incombe pas. » Donc c'est important qu'ils aient ce sentiment-là. Pareil au SAMU-SMUR ça peut arriver que on n'arrive pas à sauver quelqu'un... dans des conditions dramatiques, là on recevait souvent la famille, donc il fallait représenter l'image de l'hôpital, du SAMU, les mettre en confiance, qu'ils acceptent de rappeler le SAMU un jour. Et pas... garder toute leur vie une haine, qui se transmet de génération en génération. Euh... et répondre à toutes les
275 questions qu'ils pouvaient avoir. Pourquoi on n'a pas pu sauver ce patient-là ? Alors que l'ét...

à la télé, on sauve des patients tout le temps. Donc on peut transposer ça à cette situation, on n'arrive pas à guérir tout le monde quand on...

On aimerait bien hein ! Mais...

280

On peut pas.

C'est possible, ouais.

285

On peut pas.

Est-ce que vous vous sentez suffisamment armée, face à ce risque de... de vous tromper ?

Non.

290

Non ?

Non, non. Le prochain patient qui me dit pas ce qu'il a, qui me dit pas les médicaments qu'il prend, et... j'm'en... j'm'amuse presque euh... peu importe où les patients ont grandi, j'vais chez eux à la maison, j'leur dit « Montrez-moi tous les médicaments que vous prenez. »

295

Mh.

Faut que je l'demande trois fois... pour que vraiment, ils sont contents parce qu'ils m'apportent une boîte, une deuxième boîte. Euh... c'est comme s'ils comprenaient pas le français, ou ils ont... ils ont... complètement laissé derrière eux l'autorité du médecin. Le médecin leur demande quelque chose, une information, des choses, on leur do... on lui donne pas un tiers, euh...

300

305 Vous regrettez cette perte d'humilité euh d'autorité...

D'autorité.

... du médecin par rapport à son patient ?

310

J'crois qu'en tant... en tant que généraliste c'est un peu moins important qu'en urgentiste. Souvent on perd du temps. Et on est plus souvent face à des... maladies où le patient est... perd... a une perte de chance parce qu'on perd du temps.

315

D'accord.

J'avais une patiente qui me dit... de soixante-dix ans, qui m'dit « Docteur, je n'prends jamais rien, sauf du Doliprane. » A la fin de la consultation, pour un motif X Y elle me montre... « Docteur, j'comprends plus très bien, j'ai cette plaie qui guérit pas. Je prends ça. » Donc c'était le... Méthotrexate. Et une dame qui avait grandi ici, qui était fut fut. Elle m'ose... OSE me tenir cette conversation-là, « Docteur je n'prends jamais rien. » Alors que c'est un médicament lourd, elle le sait, elle est suivie par un spécialiste et elle avait presque compris que sa plaie ne guérissait pas à cause de... du Méthotrexate, et pourtant elle ose dire « Je n'prends jamais rien. » C'est... étonnant. Étonnant. [Dépît dans la voix]

320

325

Cette pudeur devant... devant le médecin quoi. Par rapport à son traitement, par rapport à... Les gens veulent garder ça pour eux.

Non mais...

330

Ils veulent pas s'exposer, je sais pas.

J'le... j'le vis comme... ici en Alsace en particulier... « Je... j'ai tellement la santé, je prends aucun médicament, d'ailleurs ils sont très mauvais. »

335

C'est un... comme un déni... de sa maladie.

Oui. Oui et... et pas perdre la face. Face aux voisins, aux amis, pour dire... avouer que je suis malade, que je prends des traitements forts, alors que c'est à la mode de prendre de l'homéopathie, et de... dénigrer tout ce qui est allopathique. Pour les médecins urgentistes ça fait très drôle.

340

Mh. Ouais c'est comme ces patients qui nous disent qu'ils ont rien, qu'ils vont bien et puis après quand on leur demande leur traitement, on s'rend compte que pas du tout quoi.

345

Oui. Oui. J'avais un monsieur de quatre-vingts ans, qui me dit « Mon cardiologue a dit « Tout va bien ! » ». Et donc je m'rends compte... et je venais pour une syncope dans le jardin, après un petit effort. Et je m'rends compte que c'est une double histoire, il a fait beaucoup de syncopes, euh et qu'il osait m'dire « Non, euh mon docteur a dit « Tout va bien. » » Il aurait pu m'dire « J'ai déjà eu ça, je veux rester à la maison, ça c... ça c'est mon traitement quoi » Et donc ça c'est une prise de risque qui... il faut avoir le goût du risque, c'est très clair, il faut avoir l'esprit aventurier ou aventurière, euh... et heureusement la psychologie est bien faite, on refoule hein...

350

355 **Mh.**

... ce risque, et que au cours d'une carrière professionnelle, c'est écrit... on va faire des erreurs, on va faire des erreurs graves, euh et on risque de... de se retrouver sur des mois et des années, devant le tribunal. Et on va porter toute la responsabilité, parce que les professionnels euh paramédicaux souvent... ont une responsabilité qui est entièrement portée par le médecin. Ça peut arriver... je ne sais pas en détail comment ça se passe ici, euh... entre la... la plateforme téléphonique et le médecin qui va sur place, euh voilà.

360

Alors là ça nous... là on a pu identifier une des problématiques majeures, qui pouvait être source d'erreur, à savoir le... euh... manque de communication, le manque d'information partagée entre le patient et le médecin.

365

Et que... on n'est toujours pas connecté. On devrait avoir accès à toutes les banques de données, ça semble évident, RIEN !

370

Le dossier médical personnalisé ?

Ne serait-ce que la carte vitale ! Même dans... dans les pays voisins ils ont pas ça, ils ont pas projet d'avoir une carte d'assurance avec les antécédents dessus. On devrait en théorie, avoir moyen de lire les antécédents, d'un patient qui vient nous voir.

375

Oui, oui. Ben vous êtes pas la seule à... à faire cette demande-là. Effectivement, ça p... ça c'est justement... c'est notre dernière question, quelles idées vous pourriez avoir pour améliorer les choses à l'avenir ?

380 Mh.

Donc ça j'ai... j'ai bien compris que c'est une de vos idées quoi.

385 Voilà ! Avoir accès aux antécédents. Ceci dit, ça m'est arrivé aux urgences d'avoir accès à tous les antécédents, les spécialistes codent autrement que les urgentistes ou les généralistes. Nous on accepte d'avoir des mots clefs très simples, le spécialiste va... après beaucoup d'efforts, choisir tel diagnostic qui prend deux lignes ou trois lignes. Quand je lis dix lignes d'un antécédent, euh... c'est *too*... c'est *TMI Too Much Information*. On n'est plus opérationnel, donc ça c'est pas réglé. Euh... j'crois que ça nous aide beaucoup... la gestion de conversation, 390 pour diminuer l'agressivité, et d'avoir... non seulement plus d'information qu'on demande encore et encore. Et surtout après comme vous dites, quand on a fait l'erreur, comment l'admettre ? Ben on peut... quand... quand c'est le courrier qui arrive, il faut écrire un courrier. Un jour j'ai facturé... un garçon pour lequel j'avais juste fait un certificat. Pour qu'il aille... il était pas malade du tout, la maman voulait récupérer les sous du centre aéré, et je ne savais pas, 395 au nom de la médecine d'urgence, que ça se facture pas. Elle f... écrit un courrier de plainte, « Comment osez-vous prendre autant de sous ? » Euh et donc... « Écoutez, on pratique exclusivement les tarifs de la sécu, euh, je suis désolé de l'erreur... » Je pouvais plus faire marche arrière, parce que c'était dans la machine. Euh... donc il faut répondre avec beaucoup de courtoisie, beaucoup de politesse, tel que les choses étaient. Et puis admettre... admettre 400 l'erreur. Si on le fait pas tous les jours, là c'est le bon moment, de dire... « Jamais, ça aurait dû se passer autrement, vous m'en voyez désolée » et... j'prends l'exemple du patron du SAMU où je travaillais, il nous disait euh... c'était quoi... ? « J'espère que vous... vous en tenez pas rigueur et puis on vous attend ici selon vos besoins. »

405 Mh.

Euh... Ouais. Et puis euh... pendant l'entretien aussi... par exemple cette femme, qui avait un... une hémorragie sous-durale, manifestement c'est la clinique qui euh... a complètement raté cette prise en charge, chez cette patiente qui disait peu, qui était autonome au domicile, son 410 mari était très patient, et je le voyais désespéré... se décomposer devant moi, euh... il voyait très bien que le... l'examen neurologique ce matin-là était criant ! Et je pense que la veille, elle n'avait pas ces symptômes-là. Euh... comment dire... que les confrères de la clinique, notre équipe, a fait des erreurs ? Ne se doutait pas que ça allait évoluer aussi gravement ? N'avait pas pris en compte les petits symptômes qui évoluaient depuis mercredi. Et samedi matin, je vois 415 une catastrophe manifeste.

Mh.

Euh... comment dire ? Comment les mettre en confiance ? Comment dire euh... un que... le 420 diagnostic était facile ce jour-là, que le pronostic n'avait pas changé, euh que... peut-être elle allait être opérée le même jour, c'est-à-dire un samedi. Euh... et que... on s'donne les moyens pour que ça s'passe au mieux. Ça veut dire aussi que quand j'appelle le SAMU pour avoir les moyens de transport, que j'adopte un ton approprié. Je veux pas râler, parce qu'ils vont s'appuyer là-dessus, utiliser mes argu... mes arguments et puis... un an après on en entend 425 encore parler quoi.

Mh. Et... du coup pour éviter que cette erreur se pr... pour éviter que les erreurs se pro... produisent...

430 Mh.

... quel(s) moyen(s) vous avez appris à mettre en place euh... ?

435 Plusieurs choses. Plusieurs choses. Un, se traiter comme un champion olympique. C'est-à-dire boire, manger, dormir.

D'accord.

440 Ouais, on s'rend pas bien compte en médecine générale, mais il faut... euh... en médecine d'urgence, c'est important d'être dans une forme énorme, parce que c'est... c'est peut-être à l'avant-dernière heure que on a une catastrophe qui n'était pas prévue. Euh... j'avais une patiente dans un lit médicalisé, elle allait... elle avait les lèvres toutes bleues. Si je suis fatiguée dès le matin, cette patiente me casse les pieds, j'ai envie de faire... d'faire vite vite. Donc un, se soigner très bien. Se bichonner, sur tous les plans, aussi le moral, pour dégager quelque chose
445 qui est agréable.

Mh.

450 Euh... donc ça peut être plutôt l'attitude détendue, ou digne. Important parce que de temps en temps on est face à des patients qui partent au quart de tour. Ça peut être chez eux au domicile, ça peut être dans les geôles. Euh... ces patients ont une personnalité... qui vont être tout de suite agressifs. Donc c'est important de prendre une minute, et parfois on sait pas qu'on doit prendre une minute, pour entrer et dégager euh... un calme, une concentration, une sérénité. Euh... ces patients peuvent être malveillants et puis trouver la petite bête pour... pour porter
455 plainte quoi, ça c'est aussi un... un risque. Ensuite, ce que j'trouve important, ce que je vois pas assez souvent, c'est qu'on demande les antécédents. Euh... on demande les médicaments habituels. Ce qui fait que moi je prends beaucoup plus de temps sur place que d'autres médecins. Euh... et... on a aujourd'hui, la possibilité de... de voir par exemple pour une patiente qui... avait une épilepsie très importante, plusieurs molécules. Le Vidal électronique
460 en nappe, permet de noter tous les médicaments et de demander les interactions. Donc l'hypothèse du feu rouge, feu vert, feu jaune. Parfois, y a une interaction entre le Séresta et le Valium, donc on va dire « Hum ? C'était sur l'ordonnance du psychiatre, j'pense qu'il a réfléchi. » On peut montrer au patient « Écoutez, je vais vous prescrire ce médicament-là, c'est admissible face à vos médicaments habituels, observez bien qu'il y a une alerte jaune, mais ça
465 c'est voulu par le psychiatre, c'est réfléchi, je vais prescrire ce... ce médicament-là, qui va pas vous mettre en danger d'une crise d'épilepsie à la maison. » Euh... donc ça permet de... des erreurs euh... par rapport au... à la prescription de... médicaments. Les antécédents permettent parfois, de tout simplement se rendre compte que euh... cette mal... cette bronchite risque de se transformer en asthme. Et j'trouve que nos patients sont très patients. Euh... j'ai très peu de
470 courriers plainte. Si un patient asthmatique a toutes les chances de faire une crise quand il a la sinusite, quand il a n'importe quelle infection respiratoire. Tout le monde n'est pas sensible à ça, c'est pas grave, moi je suis... je n'connais pas tout non plus. Quand on demande les antécédents, on s'rend compte que ce patient-là a besoin d'antibiotiques, il a besoin de corticoïdes en comprimés... souvent il faut considérer de majorer les sprays, même de faire un
475 aérosol à la... à la maison, pour pas s'rendre compte que ce patient, une semaine, deux semaines

après, est en crise d'asthme. Et... étonnamment il porte pas plainte. Il porte pas plainte. Y en a encore qui viennent... « J'avais pris un... sirop contre la toux, j'ai pris de l'homéopathie », alors que... son généraliste euh sait que... sait qu'il est asthmatique. Donc euh... j'crois que le risque de... d'erreur il est permanent. Pour chaque patient. On peut réduire un petit peu les risques en demandant. Donc c'est... c'est... c'est pénible hein, c'est très fatigant de demander les antécédents des... les traitements habituels, mais il faut le faire.

Donc prendre le temps, et puis tout à l'heure vous disiez... des fois c'est... c'est important de bien rassurer le patient aussi pour que lui soit en confiance.

485 Oui.

Enfin... c'est pas ces mots que vous avez utilisé, je sais plus quels mots vous avez utilisé.

490 Ben arriver... arriver à dégager euh... dégager une sérénité.

Voilà. Pour que le patient puisse aussi se... partager librement ce qu'il a à partager quoi.

495 Voilà. Parce que si... si ils sont agressés... Ça m'est arrivé d'être fâchée avec une famille, euh et donc ils m'ont carrément viré. Ils voulaient un autre médecin.

[Rires]

500 Et j'ai... la dernière fois j'aurais pas dû leur dire direct, que si... ils dessinent un scénario catastrophe par rapport à leur fille, et que j'dise « Maintenant vous allez aux urgences ! », et après le papa a fait marche arrière « Ah ben non ! C'est pas catastrophique. » J'dis « Mais vous m'dites ça... je pose telle question vous m'dites « Oui », c'est grave, votre fille va aux urgences, parce qu'elle n'urine plus. » ... « Ah non ! » Donc ce papa-là avait dit... avait l'habitude de faire de l'à peu près, d'être... de pas... être très... très près de la vérité. Mais juste tester, voir la réponse, et ensuite changer son discours. Ce que j'connais pas. Mais bon j'apprends. Euh...
505 donc ce patient-là... ce papa-là était fâché, si j'avais été la seule, à venir à trois heures du matin, j'aurais j'aurais été obligée de dire « Écoutez je viens à trois heures du matin, j'suis seul médecin, je vais pas réveillé mes confrères. » Euh... le dialogue avec lui aurait été très pénible. Il m'aurait peut-être pas dit... ce qui se passe vraiment. J'aurais été... j'aurais essayé de
510 diminuer un petit peu la tension, mais si ça se trouve il m'aurait pas donné les antécédents de l'autre enfant, le traitement... comment ça s'est passé. Je fais des erreurs médicales, le papa dit « Je savais ! » C'est pénible. Donc vaut mieux arriver avec zénitude.

D'accord. [Rires] Et est-ce qu'y a d'autres... d'autres outils, d'autres moyens que... vous avez l'habitude justement d'utiliser pour éviter de vous tromper ? Alors... vous parliez des erreurs de diagnostic, et les erreurs aussi de prise en charge...

Mh.

520 ... les erreurs de traitement. Est-ce que y a certaines choses que... des fois même sans vous en rendre compte, de manière inconsciente...

Oui.

525 ... que vous avez pris l'habitude d'utiliser ?

Oui, étonnamment j'ai vu très très peu de scarlatines dans... dans ma pratique en médecine d'urgence. Les... j pense que les parents savent qu'il faut voir le généraliste ou le pédiatre. Euh... donc j le diagnostique seulement depuis trois ans. Et donc je... je relis, antibiotiques... ?
530 Oui non, est-ce que j'ai le droit de prescrire des anti-inflammatoires ? Donc j'utilise le téléphone, heureusement que le smartphone est là. En fait on n'a plus d'excuses. Euh parce qu'on a accès à toutes les informations. La difficulté c'est le temps. Euh que ce soit pour télécharger les informations et d'choisir quoi lire. Que ce soit Doctissimo, ou lire une recommandation qui fait... en résumé trois pages, ou trente pages, c'est pas très pratique. Mais... je peux... je peux relire. Hier j'avais un patient cardiaque qui m'dit... « Je prends deux
535 traitements anticoagulants », c'était en fait du Kardégic et du Breelic. Je n'connais pas le Breelic. Aujourd'hui je peux relire ce que c'est.

D'accord. Donc lire les recommandations, lire les fiches médicaments...

540 Les notices ouais, des nouveaux médicaments sur le marché. Ouais.

D'accord. Très bien, mais ça fait déjà pas mal de choses.

Oui.

545

Et puis... alors maintenant on va revenir justement à cette question... euh... donc l'éducation du patient... Ah oui ! Une autre... une autre question. C'est par rapport à l'éducation du patient, qu'est-ce que... est-ce que vous, vous avez l'habitude de faire quelque chose ?

550

Oui.

Ou à part être... avoir cette attitude de... on va dire... empathique pour dégager cette sérénité pendant la consultation, vous... vous n'avez pas identifié de moyens particuliers ?

555

Je... je n'suis pas sûre d'être la plus empathique. Je suis de nature très... très directive, et c'est pour ça que la médecine d'urgence m'allait comme un gant. Et... je vois en médecine générale, on est un peu plus... serein. Ça peut être paternel, ça peut être maternel... Euh... et... Refaites-moi... redites moi la question ?

560

Alors par rapport à l'éducation du patient ?

Ah oui ! Alors, éducation du patient...

565 **C'est un problème qu'on avait identifié, qui pouvait être source d'erreur médicale...**

Oui. Oui.

570 **Et... est-ce que vous, vous faites quelque chose par rapport... pour remédier à ce problème-là ?**

Oui. Oui. Oui, oui. Donc je suis plutôt directive. Euh... comme... J'prends l'exemple, hier j'étais face à une fille de sept ans, elle m'interrompait tout le temps. Euh... donc j'dis « Stop ! Euh je fais... j rédige ton ordonnance, c'est comme toi à l'école, quand tu écris, je t'interromps pas, donc maintenant tu m'interromps pas. » Et donc j'fais beaucoup d'éducation, la m... au

575

début... Quand j'étais jeune j'avais pas envie d'le faire, j'trouvais ça très barbant, j'dis « Quand même, ça se sait ! Ça fait partie de la culture générale, aujourd'hui on peut le lire sur internet... » Et pourtant, les pa... les parents viennent euh et ne savent pas comment gérer une fièvre. Euh... les patients asthmatiques souvent euh... ne connaissent pas tout sur leur maladie.

580 Et la médecine d'urgence m'a appris que si je n'dis pas à vingt-trois-heure au patient comment gérer sa fièvre ou... ou sa douleur, ou son asthme, à trois heures du matin, il me réveille. Alors que j'avais peut-être trente minutes une heure pour... pour dormir. Donc ça... la vie m'a appris à... faire de l'éducation. Pas pour tout. Euh donc pour les patients épileptiques, je le fais pas. Parce que je suis pas au top. J'ai fait un an de l'école d'asthme comme FFI donc le discours il

585 sort encore... tac tac tac tac tac... Pour la fièvre bien sûr, on pourrait se référer aux pages dans la... le carnet de santé, mais j'avais un papa, qui m'a dit y a trois mois, « Ah non c'est comme avec les voitures, quand mes enfants ont de la fièvre, c'est le médecin qui s'occupe de tout. » Et donc là j'dis... gentiment... [rires], l'agressivité est montée un petit peu,

590 **[Rires]**

« Je suis confuse mais bon... vos enfants sont pas une voiture, et les médecins s'occupent pas de la fièvre. Pourquoi ? Parce qu'on coûte trop cher. Par contre, les trois carnets de santé que vous avez dans la main, ont un beau chapitre « Chers parents, voilà pour la fièvre... » » Donc

595 je leur ai dit, j'ai appris dans ma profession à redire... à redire les choses... les choses les plus simples...

Ouais il faut être patient.

600 ... « [inaudible : deux mots], déshabillez, enlevez la couverture, acceptez qu'ils aient froid, euh... donnez du... passez le gant sur le dos... que le bain c'est moins intéressant... Doliprane oui, Advil si vraiment on s'en sort pas. » C'était un [inaudible : un mot], pour des parents qui ont trois enfants.

605 **Mh. Donc en gros vous prenez le temps...**

Oui.

610 **Vous prenez le temps vraiment pour réapprendre à... au patient de... aux parents à... à gérer une situation quoi.**

Oui. Pareil pour le mouchage du nez, que j'ai très mal appris. Euh et quand j'étais parent, tout à coup, il fallait que je le fasse sur ma fille et... donc je le... j'le refais parce que ça a tellement de conséquences que ce soit en risque de... d'angine, bronchiolite, otite, etc. Risque

615 d'hospitalisation, et puis ne serait-ce que s'alimenter quoi. Donc là je prends le temps, je leur fais pas faire la manœuvre, mais je leur redis en détail. Et... l'asthme, là... là je lâche les chevaux, euh... parce que les patients souvent ont tout oublié. C'est dommage parce que c'est une maladie qui n'est pas mortelle. Euh mais on s'rend compte que... en France y a cent morts par an. Quand le patient ne fait pas attention, l'entourage familial fait pas attention, le

620 généraliste fait pas attention, le régulateur néglige la situation euh le SMURiste également, ou le cabinet médical d'urgence... ces patients-là meurent. J'ai vu un manque dans un foyer... pour un monsieur... le pauvre ne répondait pas au téléphone depuis sept jours. Et sa connaissance a appelé appelé appelé, la responsable du foyer n'avait pas le temps, et était complètement *busy* donc elle n'est pas montée. Et on a découvert ce monsieur un petit peu sous

625 le lit avec le spray vide. C'est dramatique parce que ça ne... devrait pas se passer comme ça

quoi. Donc pour l'asthme je... je... je me gêne pas. Je me gêne pas d'prendre le temps. Mais j'le fais pas pour toutes les maladies.

Mh.

630

L'entorse de cheville, ouais, j'explique bien, pour que ils nous rappellent pas qu'ils ont encore mal.

D'accord. Et alors une fois que l'erreur s'est produite...

635

Oui ?

... donc là tout à l'heure on parlait de la gestion de l'erreur euh médicale. Comment... comment la gérer au mieux ? Alors y a plusieurs... complications de l'erreur.

640

Oui.

Si on peut juste rappeler au... les complications... tout à l'heure vous parliez de la complication au niveau du médecin, d'avoir quelque chose sur la conscience.

645

Oui.

Est-ce qu'y a d'autres complications qu'on redoute à travers l'erreur médicale ?

650

Hum... oui, par exemple la secrétaire me dit... « La fameuse amie a appelé pour me dire que sa... que son amie n'était pas dépressive, qu'elle avait une tumeur ! » Donc face à ma secrétaire, je perds l'image, je perds la face.

D'accord. Donc le... le regard des col... des collègues, des confrères sur nous.

655

Oui. Oui. Si on n'a pas été habitué, euh... à l'école, parce qu'on était très bons élèves... euh... à faire des erreurs, à s'excuser, à accepter de porter euh... comment j'appelle ça, un manteau de... de cendres. J'ai pas d'autre expression en français. Euh... c'est... c'est une première fois et ça... et ça marque. Euh... donc j'ai appris à répondre à ma secrétaire « Heureusement que maintenant, elle est entre de très bonnes mains. » Euh... pour... parce que j'ai pas envie d'être une... une brute comme on rencontre dans notre milieu... dans notre milieu professionnel. Une brute qui... pff... qui n'a aucun mot face au drame de ce patient, face à sa propre erreur.

660

Vous voulez garder cette sensibilité quoi ?

665

Oui. Oui.

Et alors... tout à l'heure vous parliez de l'importance d'avoir... une certaine humilité...

670

Mh.

... devant le patient, et devant son entourage... une fois qu'on a fait une erreur, ou alors quand on s'est trompé. Des fois c'est même pas une erreur médicale, des fois c'est... c'est...

675

J'ai mis Doliprane alors qu'ils m'ont demandé Dafalgan y a trente secondes.

Voilà, c'est ça. Des fois c'est une erreur comme celle-ci.

680 Mh.

Et... et vous avez l'impression que cette humilité elle est... bénéfique après ?

Oui. Oui.

685

Elle est bénéfique par rapport à quoi ? Par rapport au patient ? Par rapport à vous ? Par rapport à la relation ?

690 Euh... tout ! D'une part on a osé imaginer qu'on est capable d'exercer la médecine, ce qui est une tâche impossible. La... la maladie est énorme, euh on progresse, mais en fait y a de nouvelles maladies qui arrivent ne serait-ce que ça. Ou la cruauté des cancers, ça m'a touché dans la famille, ça me touche aussi tous les jours dans la... dans ma pratique. Euh... on... on n'arrive pas. C'est pas vrai. Euh... on n'arrive pas à être à la hauteur des attentes, à soigner tout. Donc faut avoir une attitude d'humilité. Qu'on soit généraliste ou quand nous on arrive
695 avec trois sacs, on monte quatre étages... moi je suis en forme, je fais comme... j'entre comme ça dans la pièce et beaucoup de personnes qui sont surpris... « Ah, je pensais qu'y a un monsieur qui arrive. » Ou on ne pense pas qu'y a une bonne femme qui fait beaucoup de sport qui entre. Euh... donc... là on dégage quelque chose qui n'a rien à voir avec l'humilité. Euh donc il faut savoir la... créer ça. Pourquoi ? Parce que on... on est loin d'être parfait comme
700 être humain. Comme médecin, on est prétentieux à dire « On y arrive ». Il faut remettre la famille en confiance. De re-consulter nous-même, ne serait-ce que au sein de notre cabinet, d'autres professionnels de santé. Euh... c'est pas la peine de... créer euh une situation où y a une rupture de confiance. Qu'on vit régulièrement. Combien de fois les patients disent « Ah non, j'veux surtout pas aller à l'hôpital Untel ! » ou « J'veux surtout pas aller aux urgences de la clinique ! » euh... ou « Mon père est mort d'un cancer dans telle structure, je ne veux pas y aller. » alors que... j'prends un exemple, l'écho-doppler ce jour-là ne se fait que... dans cette
705 structure. Donc l'humilité permet de... de donner... un côté humain, d'humanité, et dire au patient... souvent ils acceptent... que le médecin est faillible.

710 **Ouais. Et du coup, accepter de... de donner cette image de médecin faillible...**

Mh.

... et préserver... tout faire pour préserver cette relation de confiance...

715

Oui.

... pour gérer la suite, on va dire, de l'erreur.

720 C'est... alors peut-être, j'trouve qu'y a très peu de suite. Il y a très peu de suite. Donc c'est... si y a une suite je peux dire au patient... « Finalement, il faut qu'on change d'antibiotiques. » Euh ou « Je m'suis trompé, j'aurais dû... considérer que vous avez de l'asthme, donc j'aurais dû d'emblée vous mettre quinze jours d'antibiotiques et les corticoïdes. » Euh... j'trouve que ça c'est pas très compliqué.

725

Mais c'est surtout pour les fois suivantes.

Oui.

730 **Pour les... les futurs épisodes aigus quoi.**

Oui.

D'accord.

735

Et accepter avec humilité que... alors que t'as pas f... on n'a pas fait exprès euh... cette rupture de confiance, cette famille ne veut plus te voir.

740 **Mh. Ok. Et par rapport du coup à la gestion... Alors... vous avez un petit peu répondu, mais j'aimerais en... en avoir un petit peu plus. Euh... la gestion du regard des confrères, des collègues sur... sur nous-même ? Par rapport à cette... la gestion de cette honte qu'on peut ressentir... ?**

745 Lamentable ! J'trouve que c'est atroce ! Alors j'ai pas exercé assez en Allemagne. Pendant les congrès j'ai croisé un ou deux confrères allemands qui me critiquaient par rapport à ce que je faisais à la société européenne... et j'trouvais ça ignoble. Euh... et la France, dans la pratique est très très dure. Rares sont les moments où... on m'dit gentiment « Ah, ça s'est passé comme ça, mince alors ! Effectivement on a finalement diagnostiqué ceci cela... » J'pense qu'y a un défoulement d'agressivité qui est dommage. Moi j'appelle ça...

750

Entre confrères ?

Oui. J'appelle ça d'la... de la violence psychologique, parce qu'on pourrait faire autrement. Euh... et... donc le début de la question c'était... comment...

755

Comment gérer le regard... le regard des confrères oui ?

760 Comment gérer le regard des confrères. Et donc pendant cette... pendant cette plainte qui est tombée alors que j'étais déjà en arrêt maladie, euh... je m'disais surement tout le monde est au courant, donc ils vont m'appeler. Donc y a une seule per... personne qui m'a appelé pendant deux heures, pour me conseiller « Tu peux faire comme ça comme ça... tu peux prendre un avocat comme ça... », mais qui avait aussi sa patte dans cette... dans cette affaire-là euh qui... n'avait pas mouillé sa chemise, alors qu'il aurait pu dire « Non, lorsque la... la veuve est passée devant le com... la commission de l'hôpital... » Euh... Y a une... une seule autre consœur qui
765 m'a appelé, euh... et sinon c'était le silence total, alors que... nous sommes connectés, nous sommes très bien connectés par email, tout ça. On avait nos numéros de téléphone pour échanger les gardes. Je suis connecté par [inaudible : un mot]. Y a pas un euh qui a contacté, ne serait-ce que pour prendre des nouvelles, consoler. Ça veut dire que j'étais un an et demi vraiment isolée. Et... je pense ma personnalité y est pour quelque chose, c'est que... j'ai pas
770 cherché... à contacter les uns et les autres.

C'est ça la question que je voulais vous poser. Est-ce que vous, quand vous avez... quand vous avez repris contact avec certains...

775 Oui.

... est-ce que... c'était le silence total par rapport à ce problème, ou est-ce que les gens avaient une attitude bienveillante, empathique ?

780 Euh en fait j'ai fait autrement, donc cette... cette consœur, qui a eu beaucoup de soucis privés et une grossesse pathologique, pas comme moi, et... elle aurait voulu se faire nommer praticien hospitalier en médecine d'urgence, elle n'a pas réussi. Euh... donc c'est... elle vient d'une famille très dysfonctionnelle, donc on avait beaucoup de choses à se dire. Pourquoi on a atterri en médecine d'urgence où c'est le CHAOS, et... certains disent c'est la... pas la... c'est la... cour des miracles ! Voilà. On était à l'aise dans la cour des miracles, étant issues d'une famille
785 dysfonctionnelle donc on avait beaucoup de choses à échanger. Euh j'ai pas ch... j'ai contacté personne. En pensant... celui qui m'apprécie, va me contacter. Et personne l'a fait. Peut-être aussi parce que... on veut pas toucher la personne qui est dans le malheur, euh... qui porte le chapeau noir. Et donc j'ai fait autrement, quand j'ai commencé l'activité ici, euh j'ai contacté un réanimateur que je connais, euh qui prenait des gardes de nuit aux urgences et il avait un
790 pied ici. Donc il m'avait parlé de l'activité ici qui était un peu plus calme. Euh... et on a... on s'est pas étalés sur la honte, l'erreur... lui qui est réanimateur fait finalement autorité face à l'urgentiste, et aussi face au généraliste. Euh... et je savais que si j'exerce ici, je déplace un petit peu mon secteur, mais forcément j'vais croiser des personnes. Et je connaissais personne ici, bientôt j'vais connaître des anciens, euh mais ça veut dire que j'ai fait exprès d'aller à une
795 formation continue, un samedi à l'IFCI, qui est portée sur... le plan catastrophe aux attentats. Et... je savais pertinemment que les patrons des pôles urgence allaient venir. Et donc ils allaient me revoir pour la première fois. Ils s'y attendaient pas. J'leur ai dit... j'crois une heure avant, même pas. Et j'ai... j'ai osé poser des questions. Y a pas un... qui me parle de... de l'arrêt maladie, de la plainte, etc. etc. Donc on est... on est très isolé. C'est dommage.

800

C'est un sujet tabou encore dans le... dans le milieu ?

Oui. Et surtout... surtout en Alsace. Euh... comme la médecine d'urgence elle a traversé beaucoup de mutations, en Ile-de-France et... en région Centre où j'étais, on est obl... on est
805 obligé de se parler, parce qu'on est face à des situations impossibles à résoudre sans informations, parce que le... le scope tombe en panne... on est à quatre heures de Paris. J'prends l'exemple... donc on peut avoir des... des situations de grosses galères et on a qu'une envie, quand on termine ses vingt-quatre heures, c'est d'être avec quelqu'un aimable et gentil. Donc comme urgentistes dans la France intérieure, on avait des rapports plutôt corrects, plutôt
810 aimables, j'ai envie de dire de camaraderie. Ici, j'ai l'impression que la pression est telle, y a tellement de stress, qu'entre urgentistes on se parle très très mal. Et... et c'est comme ça que l'erreur médicale est gérée. Pas du tout. Pas du tout. Et donc... à part ça, j'étais en arrêt maladie, et... le patron de l'hôpital où je travaillais m'a dit de n'plus revenir. Il savait pas que la plainte venait de tomber, donc j'ai glissé ça sur la table, et le patron n'avait pas le droit de me virer,
815 parce que j'étais nommé à la fonction publique et il l'a fait quand même. Donc c'est sûr que là on n'a pas envie de revenir, hein. Et il proposait... « Vous pouvez vous faire muter à l'intérieur de la France, dans un petit poste, machin truc... » parce qu'il estimait que j'étais TRES fatiguée, ce qui était vrai. Mais j'voyais pas... faire une activité qui n'avait rien à voir avec la médecine d'urgence.

820

D'accord.

Donc c'est... c'est l'isolement, le silence, euh... et... une forme de traumatisme psychologique. Donc vous allez me dire « Mais comment s'en sortir ? » Ben ce que je propose à certains

825 confrères qui demandent, il faut s'y faire suivre, donc par exemple par un psychologue ou un psychothérapeute.

Ça c'est une de vos idées pour...

830 Oui. Pour s'en sortir.

C'est une idée que vous pratiquez...

Oui oui.

835

... que vous mettez en pratique ? Et que... vous avez l'impression que ça vous sert ?

840 Énormément ! Énormément. Donc indépendamment des raisons privées, la vie professionnelle peut être extrêmement dure. Si on a la famille ici, on n'est pas isolé, mais certains sont ici pour des raisons X Y. Moi j'ai pris un nouveau départ pour être loin de la famille, qui faisait beaucoup de mal. Euh... mais ça veut dire qu'on est vraiment isolé, donc on essaie de s'en sortir, euh... et c'est... très intéressant parce qu'on apprend beaucoup de choses sur... la nature humaine, on... on apprend à... euh... refaire ses réserves.

845 **D'accord. Et... alors, là y a une autre question, c'est par rapport à... alors un point... ben nouveau que j'ai eu dans mes entretiens, là jusqu'à présent, c'est le... tout ce qui est... en rapport avec la télémédecine.**

Mh.

850

Il se trouve qu'on prend beaucoup de temps. Est-ce que vous pour l'instant vous n'avez pas de... d'impératif... ? On a encore quelques...

Jusqu'à ce soir dix-neuf heures, ça va.

855

Très bien. [Rires] Donc par rapport à tout ce qui est télémédecine. Donc vous avez évoqué une erreur diagnostique, enfin une erreur d'appréciation...

Oui.

860

... [bégaiement] au téléphone on ne fait pas de diagnostic... on...

On essaie.

865

On essaie.

Les médecins régulateurs en France disent qu'ils posent un diagnostic au téléphone ouais.

Ils disent qu'ils posent un diagnostic au téléphone ?

870

Oui, oui. Oui oui.

Moi j'trouve que c'est un peu... présomptueux de...

875 Ben pourquoi ?... « Docteur j'ai mon nez qui coule, ça sort jaune, et j'arrive pas à joindre mon médecin de famille. »

C'est un diagnostic de gravité plus ?

880 Non, non. C'est un vrai diagnostic, de sinusite bactérienne. Nous on va dire sinusite bactérienne.

Et du coup par rapport à cette difficulté-là, et du coup avec un risque d'erreur qui existe tout autant, si ce n'est plus...

885 Oui. Oui.

... quel(s) moyen(s) vous mettiez en œuvre pour diminuer ce risque ?

890 J'ai appris après dix ans de pratique de ne pas galoper dans le diagnostic... « Je sais ce que vous avez ! » Donc en formation continue, on nous a enseigné de faire autrement, et j'utilise cette question encore aujourd'hui... « Ça a commencé comment toute cette histoire ? » Et... beaucoup de patients arrivent à raconter le film de leur maladie. Avant, ils commençaient une demi-phrased, je risquais de les interrompre, je m'eng... m'engageais dans une voie « C'est une sciatique », alors qu'en fait il est suivi pour une dissection aortique... et qu'il doit être opéré dans deux mois.

Donc insister sur l'anamnèse, sur l'histoire...

900 Laisser parler les patients, donc avec cette phrase qui est très ouverte. Et les laisser terminer. Et après on peut... bien sûr poser des questions fermées. Mais c'était très important parce que quand j'étais jeune, j'étais souvent à côté de la plaque et j'comprendais pas pourquoi le patient ne guérissait pas.

905 **D'accord. Et... et puis... est-ce que y a d'autres attitudes préventives à adopter quand on... on doit réguler par téléphone que vous... vous avez pu expérimenter ?**

910 Au téléphone, non, j'fais la même chose. « Ça a commencé comment toute cette histoire ? Vos antécédents ? Vos médicaments ? », et puis on n'a pas parlé des facteurs de risque cardio-vasculaires. Très pénible, mais il faut les demander.

D'accord. [Toux] Très bien. Ben alors ça nous amène finalement à la dernière grande question. C'est quelles idées finalement pourrait-on mettre en pratique pour améliorer la situation à l'échelle d'une population plus importante de médecins généralistes ?

915 Mh.

Même si on a déjà évoqué quelques... quelques pistes.

Mh.

920

Par exemple, vous parliez tout à l'heure du... de l'éducation du patient. Vous constatiez finalement qu'il y avait un manque flagrant...

Ouais.

925 **... en termes de... d'éducation du patient, en termes de sensibilisation du patient à sa propre santé.**

Oui.

930 **Ou à la santé de ses propres enfants.**

Comment présenter euh...

Voilà.

935

... se présenter... comment préparer l'arrivée du médecin, ou la consultation quand on va au cabinet. Préparer ce qu'on va dire. Y a beaucoup de patients qui pensent qu'ils ont trente minutes et donc... ça peut être des adultes, ça peut être des enfants, et donc... à bâton rompu ou il... j'leur pose une question, ils me répondent avec un mot. [Inaudible : semble imiter un éventuel patient qui parlerait sans articuler, sans que ce soit compréhensible] Voilà. Donc c'est un exercice à faire à la maison.

940

D'accord. Mais qu'est-ce qu'on pourrait faire du coup, qu'est-ce qu'on pourrait...

945 Mh.

... qu'est-ce qu'on pourrait avoir comme approche pour vraiment améliorer à... à grande échelle...

950 Oui.

... notre...

Ben les enfants apprennent déjà...

955

... notre offre d'éducation des patients ?

Euh... les... les enfants apprennent déjà à l'école, euh... en plusieurs étapes, le secourisme. Donc si on prenait cinq minutes... et ils se font examiner, ils ont un diplôme. Si on prenait cinq minutes pour dire « Je vais chez le médecin parce que j'ai une angine, comment je prépare la consultation qui est très courte, mon médecin n'a pas le temps et la salle d'attente est pleine. Qu'est-ce que je vais lui dire ? Euh... et est-ce que je me souviens de mes allergies ? Est-ce que je me souviens de mes médicaments ? » Bon souvent ils sont trop jeunes, hein, quinze seize ans, mais quand ils ont dix-huit ans ça serait une bonne chose qu'ils savent le faire.

965

Faire des ateliers alors ? Comme des ateliers pour...

Prendre cinq minutes de plus... à la dernière formation de secourisme, il me semble que c'est au collège, pour leur dire « Voilà, j'veis chez le médecin, qu'est-ce que je lui dis ? » Euh... donc ça d'une part. D'autre part, on attend tous le dossier DMP. Et mon espoir fou c'est que ce soit lisible. Si on a que dix minutes, je veux pas avoir quinze diagnostics très pointus par les spécialistes. Donc peut-être une version pour les spécialistes, parce qu'ils vont s'appuyer dessus six mois après, et... une version pour les généralistes où c'est juste les mots clefs... Asthme,

970

975 PR... etc. etc. Euh... donc c'est ça... reconnaître que tous les médecins... généralistes ont besoin de se défouler, de s'étendre, parce qu'après on arrive beaucoup mieux en consultation.

Et ça c'est pas encore suffisamment le cas ?

980 Non, y en a beaucoup qui ont des... des journées extrêmement longues euh et... j'ai beaucoup de patients qui exigent que leur médecin soit disponible tout le temps. Et... et j leur dis « Mais c'est son droit d partir en vacances. » Que la société française exige que les médecins s'occupent de leurs enfants. Donc ils... ils ferment le cabinet tôt, ils vont à l'école récupérer les enfants.

985 **Ouais, c'est vrai que certains med... certains patients ne comprennent pas hein que le médecin ne soit plus dispo à partir d'une certaine heure.**

Mh. Donc...

990 **Et comment on pourrait mettre... en pratique, comment on pourrait faire justement pour imposer entre guillemets aux médecins, de prendre soin d'eux ?**

C'est une excellente question, et en France on n'aime pas le contrôle, mais dans d'autres pays ils sont réexaminés tous les cinq ans.

995

Quels pays ?

1000 Euh... aux États-Unis, un généraliste, ou un spécialiste de médecine d'urgence, doit repasser toute la spécialité, mise à jour, tous les cinq ans. Sinon, le lendemain, il n'exerce plus. En Amérique du Sud il m semble qu'ils font ça dans certains pays, euh... en Allemagne pas du tout. L'Allemagne dit qu'il faut faire de la for... formation continue, je ne sais pas sous quelle forme c'est contrôlé, mais j prends l'exemple ici, c'est obligatoire, et c'est pas contrôlé.

1005 **D'accord. Et vous pensez que si c'était contrôlé, cette formation continue, le niveau des médecins...**

On pourrait.

1010 **... y aurait... y aurait une amélioration de leur niveau et... ?**

1015 La théorie... bon là j prends l'exemple de l'Ordre des Médecins, il est très très petit. Avec un président qui travaille. Il est anesthésiste à Colmar. Euh... en théorie, il pourrait faire le point sur les dossiers, est-ce que un médecin a repassé son examen, est-ce que... il a combien de plaintes, est-ce que... est-ce qu'il a plus de plaintes que d'autres médecins... ? Ça on arrive à faire des statistiques. Euh... pour le convoquer et dire « Voilà, qu'est-ce qu'on peut faire pour vous ? » [Inaudible : quelques mots] « Qu'est-ce que vous pouvez faire pour vous-même ? » Ça peut être plein de choses. Que ce soit les loisirs, le sport, euh... un suivi psychothérapeutique, parce que... on accumule les psycho... les microtraumatismes euh en... en médecine d'urgence c'est flagrant parce qu'on va sur des accidents dramatiques. On est
1020 démuné, on ne peut rien faire. Et j pense qu'en médecine générale aussi, ne serait-ce que... une des choses quand j'avais vingt-huit ans, qui me disait « Non, j'vais pas prendre un cabinet, non seulement j pouvais pas acheter de patientèle, mais c'est accompagner quelqu'un avec le cancer, alors que ma grand-mère est décédée sur des décennies d'un cancer métastasé. Euh...

1025 j'trouvais ça très... aujourd'hui encore j'trouve ça traumatisant. J'avais une patiente euh... elle est cachectique avec un cancer de l'ovaire. Elle me montre les... la... le... le marqueur CA125 et donc ça me prend là ! [En montrant sa gorge] Ça me prend là. Et j'trouve qu'on est exposé à des microtraumatismes qui se cumulent et... au fur et à mesure de notre parcours professionnel, on peut être moins bon.

1030 **Mh. Très bien. Et... [toux] donc ça fait... ça fait pas mal d'idées. Alors là c'est des idées par rapport au niveau théorique.**

Mh.

1035 **Mais par rapport... qu'est-ce qu'on pourrait faire pour... Tout à l'heure vous évoquiez la... la problématique du médecin qui prend pas soin de lui...**

Oui.

1040 **... qui ne se dégage pas suffisamment de temps libre, qui ne fait pas suffisamment d'activités...**

Mh.

1045 **... on va dire extra-professionnelles, comment on pourrait faire... lui... pour ce médecin-là, pour améliorer la situation ?**

1050 Mh. Euh... ben y a déjà un changement de culture. C'est qu'il y a beaucoup plus de flexibilité, euh le père de mon enfant par exemple, il est au CHU dans une autre ville, il a des semaines de lundi matin, à samedi midi souvent, et pendant les vacances, il va essayer de rester à la maison, parce qu'il est tellement peu à la maison. Euh... en... quand j'étais aux urgences, ils ont eu la gentillesse d'aménager le... l'emploi du temps... je faisais les mêmes heures hein, d'un temps plein parce que le temps partiel étonnamment ils étaient souvent exclus, punis, ils avaient pas les mêmes avantages. Donc même si on veut se ménager pour prendre ses responsabilités
1055 familiales, pour deux enfants turbulents, étonnamment parmi les PH des urgences, on était moins bien servis. Euh...

Et en libéral ?

1060 Libéral, libéral... Tu peux tout simplement quand tu ouvres ton propre cabinet, tu dis « Je fais des horaires très restreints. » Y a beaucoup de patients qui râlent. Ce qui est traumatisant. Ou bien... le mot clef c'est les maisons médicales.

Vous pensez qu'en maison médicale on travaille moins qu'en...

1065 Oui.

... individuel ?

1070 Oui si... si y a une association de médecins généralistes, si c'est bien fait, tu peux très bien dire « Moi j'veux faire trente heures par semaine, j'veux faire soixante heures par semaine... euh... je veux avoir une semaine off tous les mois... » C'est possible.

1075 **Ils se compensent entre... entre... médecins, ils se compensent du coup la surcharge de travail.**

Oui. C'est possible, c'est faisable et c'est l'idéal.

1080 **D'accord.**

Mh.

1085 **Et du coup maintenant, des idées par rapport à... euh... la... gestion de l'erreur médicale ? Vous avez identifié le... le vide...**

Mh.

... sidéral, si j'peux m'permettre de rajouter cet adjectif là...

1090 Oui. Oui, oui.

... de... des... des moyens qu'on... qu'on a à disposition pour aller mieux une fois que l'erreur médicale s'est produite.

1095 Oui, oui.

Alors vous avez... vous avez parlé de votre cas en disant que vous avez pris l'habitude d'avoir un suivi psychologique.

1100 Oui.

Mais quels autres moyens...

Ouais.

1105 **... on pourrait mettre en place pour plus de généralistes euh... pour améliorer les choses ?**

1110 Ben j'pense que... quand... quand on est diplômé, on a déjà une vision. On sait que à soixante-cinq ans probablement y aura une plainte à gérer, euh donc on... sait déjà, et j'pense que vous l'avez entendu aussi souvent que moi à l'époque, il faut toujours payer son assurance professionnelle. Donc ça c'est indispensable. Euh... à l'époque, on se parlait... dans la médecine d'urgence, qu'à l'assurance était habituée au médecin régulateur. Parce que comme vous dites, les risques sont énormes. Donc, il faut pas hésiter à demander quelle assurance s'occupe surtout des généralistes, et... voir les cotisations, et ensuite payer, ça c'est peut-être

1115 la chose la plus importante... payer son assurance.

Donc bien choisir son assurance, dans un premier temps, et de ne pas oublier de la payer.

De renouveler... de faire un prélèvement automatique.

1120 **Voilà, parce que si on le fait pas, on peut se retrouver non assuré ?**

On traverse une période très stressante au travail ou en famille. On part en vacances... ben pendant une semaine, deux semaines, on a oublié d'envoyer le chèque. On n'est pas assuré.
1125 Donc... parce que c'est tellement important...

Ah oui, mais c'est... c'est... ça paraît vraiment bête, mais c'est vrai que c'est... ça peut tout changer quoi.

1130 C'est capital. C'est ce qu'on nous disait à l'époque. C'est ce que je vous propose de faire, dès que vous avez votre diplôme, vous choisissez une assurance. Moi j'suis à la MACSF, ils sont très gentils au téléphone, c'est pas mal du tout. La... donc il faut pour pas oublier, parce que la vie est très mouvementée, donc il faut plutôt choisir un prélèvement automatique, ils prélèvent une fois par an ou tous les trois mois, on s'en occupe pas. Le jour où ça tombe alors que on...
1135 vraiment on s'attendait pas, on peut montrer sa petite carte, qu'on a payé... et on discute pas. Euh... ensuite, moi j'avais aucune idée quel... quel... avocat m'adresser. Étonnamment, bon ça c'est pas le problème ici, on m'a dit d'prendre un avocat de l'hôpital. Mais je savais déjà, si... y avait une responsabilité partagée, l'avocat de l'hôpital, je le paie pas, mais il va plaider en faveur de l'hôpital, pas en ma faveur. Donc il faut prendre son propre avocat. Important.
1140 Prendre son propre avocat, euh qui sera payer par ton assurance professionnelle. Euh... je ne sais même plus comment je suis tombée sur ce nom-là. Donc c'est un avocat à Colmar hein... qui disait « Vous savez... actuellement tous les médecins se font condamner. » Ça c'est dramatique. Si tout le monde dit que ça va mal, ça va mal, c'est terminé, machin truc... on lit homicide involontaire, alors qu'on a qu'une... qu'une envie, c'est sauver des vies ! Et en
1145 médecine d'urgence c'est encore plus aigu, euh... Donc c'est très mal, si la personne qui doit vous défendre vous dit « D'façon c'est plus à la mode, on n'arrive pas. » Donc j'l'ai gardé pendant longtemps et je m'suis rendu compte que il préparait pas les rendez-vous. J'pouvais pas le voir l'avant-veille ou la veille de... d'une... d'une audience au tribunal. Il arrivait non préparé. Euh... on allait dans une salle très bruyante, il sortait le dossier, fallait que je lui
1150 rappelle tout, machin truc, et il était toujours aussi pessimiste. Euh donc j'avais pas besoin de ça. Il me demandait d'être... incisive, donc d'avoir la personnalité d'un... d'une jaguar. Déjà j'avais pas la personnalité d'une jaguar. Et quand j'ai... j'ai une tête allemande, j'ai été formée en Allemagne, crier et hurler en France ça va pas. On peut le faire une fois, mais ensuite on est remercié, on peut s'en aller. Donc j'allais pas crier hurler pendant l'audience... ou l'audition
1155 même. Donc j'ai fini... quand je me suis rendu compte qu'il préparait en fait pas bien, et que... alors que j'avais le moral à zéro, j'avais plus la force sur tous les plans... Donc j'ai demandé à une consœur qui préparait un diplôme de médecine légale. Elle me disait la même chose, bon ça, ça n'a rien à voir avec la médecine générale... j'dis mais dans ce contexte-là euh... c'est une faute non deta... non détachable, j'dis mais c'est un mensonge ils nous ont menti pendant
1160 la formation. Si on fait une erreur alors que c'est écrit, on nous a dit que l'hôpital s'occuperait de tout et quarante-huit heures après on prend la garde après. Gros mensonge ! Une personne qui porte plainte, avec le nom du médecin ben ça va sous le nom du médecin hospitalier, ça va pas à l'hôpital. Donc elle était étonnée que j'dise ça, et elle m'a donné un nom de quelqu'un d'autre qui acceptait de se déplacer de Paris. Elle se déplaçait même à Kourou, pour les
1165 médecins urgentistes. Et elle gagnait ! Donc c'est important d'être bien entouré, quitte à demander déjà d'office, quels sont les bons médecins qui défendent... euh quels sont les bons avocats qui défendent les médecins... et qui réussissent ! Étonnamment, on m'a dit « Mais, il faut chercher la... » une liste de... comment on appelle ça ? Le palmarès des avocats. Y a pas de palmarès des avocats. On peut pas lire quel avocat défend surtout des médecins et combien
1170 il a... combien de... d'affaires il a plaidé et gagné. On est vraiment jeté à la mer. Donc cette avocate-là qui a été recommandée par la directrice de stage de ma consœur, euh elle s'est déplacée de Paris, elle a compris que j'allais pas hurler, que j'étais pas une jaguar, mais qu'elle

pouvait faire la jaguar elle. Euh et elle s'en est sortie. On s'est rendu compte que... je n'pouvais pas faire tous les reproches au patient, parce que devant le tribunal, il faut pas le faire. Il faut pas dire « Vous m'avez pas dit les antécédents, c'est votre faute. » Euh... le patient m'a pas dit ses antécédents, il s'est pas occupé de sa santé, il fumait, il prenait pas les médicaments contre... les médicaments anti-lipémiant, il faisait pas son régime. Ça, pendant des années, j'avais pas le droit de le dire. On ne fait zéro reproche au patient. Euh... et... et donc il fallait que... après on glisse... donc il fallait être humil... avec l'humilité d'aller... aller face au juge, dire « C'est vraiment très dommage, euh... ils ont dû fermer l'entreprise, ils ont eu une grosse perte de revenus, c'est catastrophique. » La juge dit, après des années, « C'est une boulangerie. », j'dis « Non madame, c'est un tabac. » Et nous, on aurait tendance à dire quelqu'un qui tient un tabac, c'est sûr qu'il fume. Le tabac c'est un facteur majeur de risque cardio-vasculaire. J'avais pas le droit de dire ça. De faire ce... ce rapprochement-là. Donc il fallait que je... je rappelle à madame le juge c'est... c'était un... c'était un tabac. Il fallait lire entre les lignes euh sur le... sur la bande, qu'il dit « J'étais en train de... d'aller acheter des timbres fiscaux, j'avais cette douleur, j'ai fermé mon magasin, je suis rentré à la maison. » Il faut réfléchir que timbres fiscaux c'est un... tabac, c'est pas... c'est pas une boulangerie. Donc face... on est très démuni, son propre avocat risque de... de dire d'toute façon on perd. Euh l'avocat dit qu'on n'a le droit de faire aucun reproche au patient. Alors qu'il y a plein de facteurs qui font que on a fait cette erreur d'appréciation. Et cette nouvelle avocate a pu transformer euh... le chef d'accusation d'homicide involontaire en non-assistance à personne en danger. Et tout à coup, je respirais. Ça allait encore durer des années... de procédure, encore cette épée de Damoclès au-dessus de ma tête. Mais je savais que je pouvais me défendre. J'avais donné plein de conseils, c'était enregistré, et en fait c'est... c'était pas de la non-assistance à personne en danger, j'avais insisté en plein de chose et j'ai sous-estimé le risque. Et donc ça eu un non-lieu. Mais ça a pris cinq ans. Pour que ça se termine en non-lieu. Et là, moralement, sortir de la cuvette c'est très long, c'est énorme. Donc je l'ai annoncé ici, en pensant que la rumeur allait courir toute la ville, mais ça n'empêche pas, y a aucun hospitalier qui m'a appelé pour me féliciter.

1200 **Ben moi j'en profite pour vous féliciter. [Partie non transcrite dans un souci de confidentialité : une phrase]**

1205 C'est très gentil ! Merci. C'est sympa.

Ça m'a beaucoup ému.

C'est très gentil.

1210 **Et... moi-même si je fais cette... cette thèse, c'est parce que j'ai mon vécu à moi aussi de l'erreur médicale. Euh j'suis passé à côté d'une méningite.**

Ah mince. [En chuchotant]

1215 **Alors Dieu merci, ça s'est bien fini pour le patient. Et puis pour tout le monde.**

Ah oui, super.

1220 **Et puis c'était un cas un peu atypique, c'était un cas un peu atypique. Mais ça m'a vraiment secoué.**

Ouais, ouais.

1225 **Et c'est vrai que quand j'entends tous ces témoignages de médecins qui ont eu... qui ont leur vécu, c'est... ben comme vous disiez tout à l'heure, on fait pas ce métier pour faire des homicides involontaires, on fait ce métier pour sauver des gens.**

Oui.

1230 **Et... j'trouve toujours ça un petit peu injuste...**

Mh.

... euh... ce qu'on doit subir et ce qu'on doit porter comme charge...

1235 Ouais.

... avec les intentions qui sont les nôtres.

Ouais, ouais.

1240 **Mais, on l'a choisi. C'est... c'est notre fardeau, et puis on l'accepte.**

1245 On l'a choisi ou on le sait depuis longtemps. On ne sait pas comment... le ressenti qu'on aura quand on est face à la plainte ou face euh à la procédure en justice. On s'doute pas que le monde professionnel... je n'sais pas comment ça s'passe entre généralistes, euh... Il me semble qu'il y a des conseils qu'on peut avoir, mais là vous me poser une colle. Euh... donc pour être un peu mieux entouré. Donc... important... de s'dire si mon moral est à zéro, euh si j'arrive plus à exercer, ou je suis tellement mal, alors que personne... n'a le droit d'être aussi mal dans sa peau à cause d'évènements extérieurs, donc il faut pas avoir honte, c'est votre jardin secret, il faut consulter. Et si vous ne le saviez pas, euh ça marche comment, on peut très bien choisir un psychologue ou un psychothérapeute en ville dans un cabinet, ça regarde personne. C'est peu ou pas remboursé, malheureusement. Et ça coute quarante-neuf euros par consultation. La première est gratuite, ensuite ça peut durer trois quart-d'heure, c'est une moyenne, parfois c'est très court, parfois c'est très long. Euh... et ça vaut le coup. Ça vaut le coup, parce que vous

1250 préservez votre santé sur tous les plans, et vous allez finir votre carrière. Donc y a pas de honte à avoir.

1255

Et pour quelle raison il y a pas plus de médecins généralistes qui font ce type de suivi ?

1260 J'pense qu'ils le disent pas. Ça peut marcher seulement si on garde son jardin secret, on discute avec personne. Exemple, j'ai discuté euh de... l'audience face à la juge trois jours après alors que je suis sidérée, j'arrive à peine à parler. Je n'te dis pas comme confrère. Euh... je dis juste à la professionnelle de la psychothérapeute ou la psychologue. Étonnamment c'est comme ça que ça marche, il faut payer les sous de sa propre poche.

1265 **Vous pensez que c'est un frein ça aussi, le fait de... que ce soit pas remboursé. Si c'était...**

Oui.

1270 **Est-ce que si c'était remboursé le suivi psychologique, y aurait plus de médecins qui seraient... euh... demandeurs ?**

J'pense que c'est le raisonnement de beaucoup de monde hein. Il y a des mutuelles qui commencent à dire « C'est remboursé », je regarde ma propre mutuelle, c'est un suivi en virtuel.
1275 Ça n'a rien à voir avec le suivi, un peu à la Freud, dans un cabinet, assis ou sur un... sur une table d'exam... c'est pas une table d'examen...

Un divan ?

1280 Merci ! Enfin quelqu'un qui parle français ! [Rires]

[Rires]

Euh... ça s... ça s'compare pas. Ça se compare pas. Bon vous pouvez vous renseigner auprès
1285 des psychothérapeutes et psychologues, mais il me semble que ça a beaucoup de sens que vous faites l'effort. Pourquoi ? Parce que j'étais à un point, où je changeais pas mes habitudes, mon comportement. Si je paie beaucoup d'sous toutes les semaines, je m'dis « J'ai payé ces sous, je vais échanger le comportement pour les cinq jours qui viennent. » C'est différent si je sais
1290 « Ouais, ils vont parler pendant trois-quarts d'heure... j'vais poser mes sacs euh... », mais que je le fasse, ça ne change rien. Donc autant pas payer quarante-neuf euros...

Ça fait partie de la thérapie ?

... ou alors faut que je change quelque chose dans mes habitudes. Couper le... les... tout ce qui
1295 est... [inaudible : quelques mots] Mettre quelqu'un en interdit qui est très toxique. Ouais.

D'accord.

Donc...
1300

Donc là il faudrait que ce soit une demande du médecin, il faut pas imposer... c'est pas quelque chose qu'on pourrait imposer au médecin ?

Non, c'est très compliqué.
1305

Même proposer ? Faut que ça vienne de...

Si... si dans sa pratique professionnelle, on s'rend compte que quelqu'un est très mal, moi je l'dis volontiers, comment ça marche. La preuve. Euh... et effectivement on ne peut pas forcer
1310 les gens, on a beaucoup de patients qui auraient besoin d'un suivi et ils arrivent pas. Ils vous... ils vous font venir à la maison parce qu'ils sont en détresse psychologique, ils connaissent pas donc il faut... trouver les mots pour leur dire « Écoutez, y a... valeur ajoutée, ça marche comme, c'est votre jardin secret... » Important parce que parfois la famille est dessus, comme ça. Il faut bien rappeler que il rentre pas pour tout raconter à maman.

1315 **Et qu'est-ce qui est thérapeutique dans le fait de voir le psychologue ? C'est tout simplement d'en parler, ou ça va être les conseils qu'il va... donner en retour... ?**

Ben c'est... vous allez m'dire « Mais je... on pourrait discuter avec un généraliste. » Euh...
1320 mais c'est pas la même chose, parce qu'on connaît les contraintes, euh on se plaint, « Ma vie est tellement difficile, j'ai fait tellement de sacrifices... » Face au psychologue ça n'a pas de sens. Euh... je ne peux pas avoir de dialogue confraternel. Je suis une personne, un être humain,

1325 n'importe lequel euh qui a... beaucoup de bagage, beaucoup de vécu, et qui fait une activité professionnelle particulière. Euh je... je peux... je ne peux pas dire « Il faut me traiter autrement, avec du respect. » Elle vous prend comme un patient, qui a des soucis psychologiques, euh par des traumatismes externes, et qui a besoin de s'en sortir.

Donc on sort du... de la relation confraternelle...

1330 Oui.

... qui pourrait biaiser cette...

Oui. Oui

1335

... cette relation.

1340 J'prends l'exemple de ma consœur, la seule qui m'a appelé. On s'rend compte que... euh... on parle, on bavarde etc., on ne s'entraide pas vraiment. Je n'peux pas être thérapeute. J'ai discuté d'ailleurs de ça avec ma psychologue « Qu'est-ce que j'fais avec cette consœur qui va très très mal cette semaine, ce mois. Elle m'a dit « Vous faites comme ça, vous... vous êtes une bonne amie, vous l'invitez à manger etc. Vous acceptez de tout entendre, mais vous n'essayez pas d'employer ce que vous savez faire par la pratique médicale » », ou ce que j'ai appris en psychothérapie. Donc ça change quand même ce que la médecine nous a transmis, c'est qu'on

1345 s'entraide entre confrères. En fait on n'est pas formé, on n'est pas formé pour s'entraider bien bien j'trouve.

On devrait nous former à ça ?

1350 Avec le recul, j'trouve que c'est énorme, c'est super. On n'a pas appris à écouter [éclat de rire] en fac de médecine... euh on n'a pas écouté... on n'a pas appris à s'écouter. [Partie non transcrite dans un souci de confidentialité : plusieurs phrases non utiles à l'analyse]

1355 Comme beaucoup de médecins, je suis toujours dans la performance, il faut s'améliorer, il faut s'améliorer ! Comment faire quand ça s'arrête ? Ta tête arrive au plafond, tu as un évènement négatif comme une plainte, alors que t'es déjà... t'as les réserves à moins cinquante, comment faire ? Ça on n'a pas appris. Et par exemple, ça peut être ralentir. Accepter qu'on fait que quarante-huit heures par semaine ou trente-cinq heures. Qu'on n'est pas obligé d'être... de voir un maximum de patients, ou... les patients les plus graves. On n'est pas obligé de raconter à tout l'monde... j'avais des confrères en médecine d'urgence qui avaient... BESOIN de raconter

1360 qu'ils avaient intubé, ou qu'ils me faisaient ça [en mimant un coup de coude] à Colmar pour intuber. Pour se... avoir un fil droit.

Ouais, bon après c'est vrai que... c'est vrai que... c'est pas... c'est pas toujours évident de pouvoir... euh... de pouvoir partager entre confrères

1365

Non.

... quand il y a des fois ces situations de rivalité, des situations de... après y a aussi des préjugés que nous aussi on peut avoir. Peut-être que certaines fois, on pense que... on pense que... on va penser ça de nous ou on va penser autre chose de nous...

1370

Ou dans un an, il ressorte ça alors que je lui fais confiance.

En tout cas c'est très... c'est très... c'est très intéressant, j'ai plein d'idées nouvelles par cet entretien. J'sais pas si j'voudrais rajouter... si vous vouliez rajouter quelque chose ?

1375

Euh... donc... je me répète. Il faut payer son assurance, prélèvements automatiques c'est pas dépourvu de sens. Y a pas besoin aujourd'hui d'avoir un nom d'avocat, mais c'est pas évident parce que y a pas de palmarès des meilleurs avocats pour les médecins. Donc mon avocate, j'vais vous donner le nom...

1380

[Rires]

J'lui ai envoyé du vin alsacien, elle l'avait mérité. [Puis cherche dans ses affaires les coordonnées de son avocate]

1385

Et du coup que vous avez trouvé très très qualifiée pour...

Euh... elle a... elle est pas venue avec l'attitude « D'toute façon on perd ». Elle est pas venue avec l'attitude « JE dois me comporter comme une lionne ». Euh... elle est pas venue avec l'attitude « J'ai tout compris j'ai tout vu », donc j'ai pu lui expliquer le sujet, qui n'est pas facile parce que ça fait pas partie de la culture générale d'les contraintes dans un centre de régulation. Euh... et... elle a avancé mes arguments... avec conviction, on pouvait la croire quand elle en a parlé. Et donc, ce que j'ai beaucoup apprécié, c'est qu'elle a... elle avait une voix qui portait. Vraiment l'avocate comme dans les...

1395

A l'ancienne ?

Quelqu'un qui... comme... qui... J'avais le sentiment d'avoir quelqu'un qui étend son manteau, qui m'enrobe, j'ai besoin de plus rien faire entre guillemets. [Continue de chercher dans ses affaires les coordonnées de l'avocate] Ça y est, j'la trouve pas. En tout cas dès que j'l'ai, je vous la... je vous donne ses coordonnées.

1400

Super merci.

1405

Très bien.

En espérant que j'en aurai pas besoin.

Euh... J'vais... j'vais... J'suis Allemande, j'suis pas sympa, probablement il faut... Je préfère que vous soyez pas [inaudible : un mot]. Je préfère que vous dites « Si ça m'arrivait pour des raisons justifiées ou injustifiées... »

1410

[Rires] Ah oui ça c'est sûr. Faut que ce soit...

1415

... comme quand on dit... on demande pas à toutes les mamans si elles sont enceintes. Euh et ensuite elles font plein de conneries pendant leur grossesse. Euh... alors qu'on est... c'est... ça doit être très loin de notre pratique. Euh... donc vous payez votre... J'vous ai déjà dit il faut payer... [rires] son assurance professionnelle ?

1420

[Rires] Ouais, ça c'est bon.

1425 Hein, et... donc ce qu'on n'a pas dit du tout, c'est écrire ! Ecrire, écrire, écrire. J'avais mis beaucoup d'informations dans la fiche du patient en régulation. Euh... quand j'ai demandé qu'ils me fassent un extrait papier, ils ont osé enlever mes commentaires. Euh... alors que j'avais mis plein d'éléments. Donc un an après, je leur ai redemandé un extrait, et j'ai dit « Vous voyez, dans ma copie, c'était enlevé, maintenant vous avez tout ce que j'ai... j'ai mis comme commentaires. » C'est pas que j'avais complètement négligé et balayé les informations qu'on m'a donné. J'ai noté les facteurs de risque cardio-vasculaires, mon impression, ma décision machin truc. Euh... donc aujourd'hui encore je... je me rends compte que j'écris beaucoup plus
1430 que les autres. Mais que ce soit les antécédents, traitements habituels, que... encore ça c'est trop pénible. La tension ! Pour prouver que... c'est pas un patient en choc, que je laisse à la maison.

Donc bien... bien tenir les observations euh...

1435 Payer son assurance, et verrouiller son dossier, donc écrire. Ici on n'écrit pas assez.

Très bien.

1440 [Fin de la transcription]

Entretien 20**Profil du participant :**

Code participant	20
Sexe	Femme
Age (ans)	36
Durée d'exercice (ans)	6
Zone d'activité	Urbaine
Mode d'installation	Association
Maître de stage	Non
Spécificité de l'activité	/

Contexte de l'entretien :

Lieu de l'entretien	Cabinet Médical
Durée de l'entretien (mn)	23

Transcription de l'entretien :

Gras : Intervieweur
Normal : Interviewé
[...]: Paratexte

[Début de la transcription]

[Toux] Donc la première question que... que je voulais vous poser, c'est... qu'est-ce que représente pour vous l'erreur médicale ? Qu'est-ce que ça signifie ?

5

Oula... Alors... Qu'est-ce qu'une erreur médicale ? C'est... [silence, hésitation] Vous pouvez pas faire pause ? [Rires]

Non, non. Mais les silences c'est important. [Rires]

10

D'accord. Alors attendez, je vais réfléchir à une définition de l'erreur médicale.

La vôtre ! C'est pas la définition officielle que je demande.

15 Ah, ben c'est ce que... c'est ce qu'on n'aurait pas dû faire en fait. C'est prendre une décision pour un patient et qui... qui s'avère... qui entraîne un préjudice pour le patient. Soit c'est... lié à l'aléa, à un aléa... c'est-à-dire que c'est quelque chose que tu peux pas prévoir, t'as mis tous les moyens, et de toute façon... et voilà, est advenu ce qui devait arriver. Ou alors, c'est... suite à un non-respect des recommandations, parce que le diagnostic initial était incertain.

20

D'accord. Et... Vous arriveriez à différencier l'erreur et... la faute ?

Une faute... Euh... Non, attendez, c'est quoi... ? Erreur médicale... faute médicale. [En pleine hésitation]

25

La faute professionnelle en tant que médecin généraliste.

Alors...

Peut-être que pour vous c'est pareil ?

30

Hum... Ben... j'pense, ouais. La faute médicale c'est... en fait, une erreur médicale, c'est quelque chose... enfin, comment dire... pour moi ça part d'une incertitude, et ça... enfin tu pars d'un diagnostic pas forcément certain, tu pro... tu proposes une décision thérapeutique, ou une décision de prise en charge, et t'as une conséquence. C'est pas quelque chose qui est

35 volontaire. Alors que la faute médicale, tu as... tu as une situation initiale avec un patient, et tu décides... enfin c'est pas tu décides, c'est tu suis pas les recommandations et t'as une... ça aboutit à une erreur quoi. En fait y a... j'peux pas dire qu'il y a un côté intentionnel mais... si y a un... de la faute ou de l'erreur, mais y a un côté intentionnel dans ta décision quoi.

40 **D'accord. Cette intentionnalité, on la retrouve dans la faute...**

Voilà.

Mais pas dans l'erreur.

45

Par exemple une faute médicale c'est euh... tu pr... décider de... de donner un traitement hors AMM à un patient... ou...

D'accord.

50

... ou qui suit pas les recommandations quoi.

Très bien. Oui, j'ai bien compris. Et, à quel moment vous y pensez au risque d'erreur médicale dans votre pratique ?

55

Dès qu'y a une incertitude.

Donc...

60

C'est-à-dire dès qu'y a une incertitude sur le... le diagnostic parce que ce sont des signes cliniques qui sont pas spécifiques ou etc., tu... L'erreur médicale c'est... à ce moment-là j'y pense, je me dis « Tiens, est-ce que j'ai tout fait ? Est-ce que je suis... je suis pas en train de passer à côté de quelque chose ? »

65 **D'accord. Et... cette incertitude, elle est fréquente ? Elle est... elle est rare ? Elle est...**

70

Elle est... elle est... enfin... Elle est fréquente. C'est... tous les jours. T'es... t'es... enfin tous les jours tu peux voir un patient pour lequel t'es pas certain. Après c'est... c'est le... le... le fait de penser à l'erreur médicale, c'est pas forcément... c'est pas une pensée intense ou inquiétante, pour chacun des patients où c'est incertain quoi. Ça dépend des symptômes quoi.

D'accord. [Toux] Et... Qu'est-ce que... ?

75

Juste, par exemple, en plein hiver, tu viens... tu vois un patient qui a une... une sorte de bronchite avec une douleur rétro-sternale. En fonction du terrain, ben... enfin tu... tu vas pas forcément faire un électrocardiogramme ou une tropo ou l'envoyer aux urgences pour tous les

80 patients qui viennent avec une bronchite. Mais euh... en fonction du terrain, ben si euh... tu... tu peux te poser la quest... enfin je me pose parfois la question, je me dis « Tiens est-ce que... est-ce que c'était quand même ça... enfin, est-ce que ça pourrait être d'origine cardiaque, quoi ? ».

Ok. Donc là vous avez cette...

85 Là t'as cette crainte.

... incertitude où...

Ouais voilà !

90 **... vous pensez au risque d'erreur médicale.**

Voilà !

95 **Et..., quand vous pensez au risque d'err... au risque d'erreur médicale, quelle conséquence vous redoutez ?**

Ben... Le préjudice... le préjudice pour le patient quoi. D'avoir des conséquences... que ça le tue, ou que ça le... Voilà, c'est ça en fait. C'est surtout ça. La fatalité quoi.

100 **D'accord. C'est que ça ?**

Après... le plus gros truc c'est avoir ça sur la conscience. Et après, toutes les conséquences. C'est... le... le côté euh... le côté judiciaire quoi, le risque pénal.

105 **Ok. Très bien. Et, pour vous... pour vous protéger par rapport à ce risque, euh... est-ce que vous avez l'impression d'être suffisamment armée ? Ou...**

110 Non. Enfin, en tout cas pas à la sortie de la fac. Pas du tout même. C'est ce que je vous disais avant, vous voyez, c'est... quand t'es interne, t'es responsable mais... mais encore t'es... tu sais que t'as un chef au-dessus qui va être responsable de ce que toi tu fais. Mais c'est seulement une fois que t'es... en libéral, que tu prends toute la conscience de... de cette responsabilité qu'on a. Et... on n'est pas formé, ni... à titre personnel, psychologiquement on n'est pas du tout armé, ensuite, deuxièmement, on sait même pas ce qu'il faudrait faire pour essayer un maximum de prévenir cette erreur médicale. Et ensuite, troisièmement, on cherche des moyens tout seul quoi. On s'arme tout seul. On se renforce tout seul. On... on apprend à demander des avis à droite, à gauche, etc. quoi.

120 **D'accord. Alors... et du coup avec... avec tous les moyens dont vous disposez à présent, vous arrivez quand même à essayer de diminuer ou... vous avez l'impression que...**

De quoi ? Diminuer quoi ?

Le risque d'erreur.

125 [Soupir] Euh... diminuer le risque d'erreur, en tout cas j'essaie. Un maximum. Ben je... je...

Et comment ? Vous utilisez quels moyens en pratique ?

130 Alors, les moyens en pratique c'est... la formation, c'est continuer à se former parce que c'est indispensable. Y a plein de choses que... c'est... c'est... pour lesquelles on n'est pas assez formé. Ensuite c'est mon installation en cabinet d'association. Quand... enfin, quand on a un avis à demander... enfin quand on hésite... on hésite sur quelqu'un, enfin sur un patient, sur une situation, on n'hésite pas... mon associée et moi à se solliciter l'une et l'autre. Ensuite j'ad... je demande facilement à un... j'hésite pas à prendre mon téléphone et à appeler un
135 spécialiste hospitalier ou libéral, pour lui dire « Voilà, j'ai telle ou telle situation, qu'est-ce que vous en pensez ? ».

Ils sont facilement joignables ?

140 Pff... Pas toujours, mais... je me débrouille pour... Et il faut avoir un carnet d'adresse quoi, c'est-à-dire il faut au moins avoir un cardiologue avec lequel on travaille en... en réseau, mais virt... enfin pas officiel, officieux.

D'accord. Et... Et... [toux] Les formations... vous pensez à des formations en particulier, ou pas forcément ?
145

Alors, les formations... celles que je fais, ce sont des formations... pas forcément... Déjà si, dès le début, avant même de m'... des semaines avant de m'être installée, j'avais fait le... la formation urgences vitales extrahospitalières, vous voyez, parce que c'est... ce sont des
150 choses... Enfin, rien que de revoir les... les... tout ce qui est massage cardiaque, les actes en urgence etc., et... ouais j'avais fait cette formation quoi. Donc j'hésiterai pas à refaire tous les trois quatre ans, parce que justement, on pratique pas, donc ça s'oublie.

D'accord. D'accord. Et du coup, est-ce qu'il y avait autre chose ? Donc les formations, les échanges avec les associés, avec les médecins spécialistes. Y a autre chose que vous mettez en place ?
155

Non, après je sais... je sais qu'y a des groupes Balint, mais... je saurais même pas comment y entrer, ou comment... comment y accéder quoi. Après, c'est vrai que... entre collègues, entre
160 associés, ou avec... des anciens... internes, enfin des anciens amis médecins, on en... on parle parfois de situations ou pas. Le fait d'en parler...

Dans le cadre de réunions ou bien c'est juste comme ça que vous en parlez entre deux patients ?
165

Non, justement, c'est pas forcément dans le cadre de réunions, c'est entre deux quoi... c'est...

D'accord.

170 ... dès qu'on a le temps, ou parfois c'est « Au fait, j'ai eu ça, est-ce que tu penserais à autre chose, qu'est-ce que t'aurais fait, machin... ».

Mh. D'accord. Alors du coup ça c'est tout ce que vous utilisez pour lutter contre le risque d'erreur. Et... et... qu'est-ce que vous utilisez pour apprendre à mieux gérer l'erreur ? Une fois que l'erreur s'est produite, pour mieux la gérer au niveau de ses conséquences. Tout à l'heure vous parliez des conséquences, à la fois au niveau du patient, au niveau du
175

médecin lui-même. Comment on pourrait faire... comment vous vous feriez pour mieux gérer ces erreurs-là ?

180 Une erreur médicale.

Ses conséquences.

Les conséquences d'une erreur médicale.

185

Ouais.

[Hésitation]

190 **Vous avez par exemple dit que... à la sortie de l'internat, on n'était psychologiquement pas suffisamment armé.**

Mh.

195 **Que... que vous... vous étiez préoccupée pour le risque... par le risque pour le patient. Que vous étiez préoccupée aussi par le risque euh... euh d'avoir sur la conscience...**

Ouais.

200 **... ces erreurs et aussi le risque judiciaire. Vous avez parlé de tout ça.**

Ouais.

205 **Qu'est-ce que vous, vous faites, ou vous feriez, pour... aborder toutes ces conséquences-là de la meilleure façon ?**

Euh... Pour... pour gérer tout ça... Les conséquences par rapport... pff... [silence] En fait j'comprends pas la question, vous voyez... par exemple... le préjudice par rapport au patient, si y a une conséquence, qu'est-ce que je ferais... pour... pour quoi en fait ?

210

Pour la gérer au mieux. Pour minimiser la conséquence.

Ah ! Pour minimiser la conséquence. Déjà en fait, je pense que je l'aborderais dans un premier temps avec le patient.

215

Mh.

J'lui dirais « Voilà, écoutez... euh... j'ai fait ça... et en fait... », j'hésite pas à rap... déjà j'hésite pas à rappeler les patients. Si quelqu'un... si quand j'en discute avec quelqu'un, si on me donne une autre idée, j'hésite pas à rappeler le patient. De un. Euh... si il... si il faut réajuster l'attitude, vous voyez...

220

Le rappeler sans même que... Juste pour vérifier votre premier diagnostic ?

225 Ça, ça m'arrive souvent. Ouais. A vingt-quatre quarante-huit heures, savoir... j'hésite pas à rappeler le patient pour voir... comment il va, est-ce que... il y a une modification etc. Ensuite,

pendant la consultation, déjà de toute façon je le dis toujours... je ra... je dis... je dis les signes d'urgence quoi. C'est... si... ceci se rajoute, cela se rajoute... Par exemple, je sais pas, l'histoire de la méningite en hiver. Euh... si un enfant qui vient avec de la... voilà c'est... Un syndrome viral ça donne aussi fièvre, courbatures et maux de tête quoi. Alors je dis systématiquement les signes euh... qui... qui sont... qui sont alertant quoi.

Mh. D'accord.

Après quand je vois si la situation sociale des parents... si ils comprennent pas toujours tout etc., j'hésite pas à rappeler vingt-quatre ou quarante-huit heures après, pour voir si y a des nouveaux symptômes et etc. etc., donc voir si il faut que le gamin il re-consulte ou pas. Ensuite, *a posteriori*, ouais euh... je pense que j'aborderais le sujet avec le patient. Si je commets une erreur médicale, euh si j'estime que j'ai commis une erreur ou que... que je peux toujours ajuster, je rappelle le patient, je lui dis « Venez, je vais... j'vais vous réexaminer » ou alors... voilà. Parfois je les re-convoque aussi à quarante-huit heures. Et j'hésite pas à leur dire « Voilà, on était parti sur ça, maintenant on va peut-être faire aussi cette prise de sang ou cet examen complémentaire ». Et voilà quoi.

D'accord.

Voire, les urgences quoi.

Et du coup quand vous leur expliquez... quand vous leur expliquez, c'est dans quel but ? Elles sont embêtantes mes questions. [Rires]

Hein ? Quand je leur explique euh... Quoi ? Les signes d'urgence ou... ?

Quand vous leur expliquez que vous vous êtes trompé et que... vous leur expliquez... votre erreur. Vous les rappelez pour leur expliquer, c'est dans quel but ?

Dans quel but ? Ben... éviter justement de... comment dire, d'accentuer l'erreur quoi. S'il y a un risque... s'il y a un risque d'aggravation, c'est limiter l'aggravation et réajuster la prise en charge.

Ok. Très bien. Est-ce que vous aviez d'autres idées, d'autres choses que vous mettez en place ? Que vous utilisez dans votre pratique, pour diminuer ce risque d'erreur ?

Non. Non, franchement c'est ça. C'est vraiment, les avis des associés, des... des spécialistes. C'est... parfois, quand je suis vraiment dans le doute, et que j'ai un... une suspicion d'un risque vital, et que je peux pas avoir un spécialiste sous la main, par exemple, je sais pas une douleur thoracique à dix-huit heures, un voyage y a une semaine, j'hésite pas à adresser aux urgences. Parce que je me dis, vaut mieux qu'il y aille pour rien, qu'on élimine l'embolie pulmonaire, parce qu'à dix-huit heures tu peux plus faire de prise de sang, t'as...

Mh.

Et troisièmement, je... je... Je les... je recontacte assez facilement les patients.

D'accord.

Ou je les re-convoque, et... lors de la première consultation de toute façon je dis... je cite tous les signes pour lesquels... qui doivent alerter le parent.

280 **Mh. Et... Du coup, ça nous amène à la dernière question. Euh... Quelles... choses on pourrait mettre en place, à l'échelle d'une population plus importante de médecins généralistes, pour améliorer nos moyens face à ce risque d'erreur médicale ? Est-ce que vous avez quelques idées à... ?**

285 En fait, des réseaux.

Des réseaux ?

290 Ouais. Des réseaux parce que, là, nous dans ce cabinet, on connaît bien... assez bien un... un cardiologue, qui accepte de... euh... facilement les échanges, qu'on le sollicite par téléphone, ou... avec un électrocardio... pour un électrocardiogramme, ou pour une consultation dans les vingt-quatre quarante-huit heures. Et... je me dis que si on avait ça avec... avec plusieurs spécialistes, ça arrangerait vraiment les choses quoi.

295 **D'accord.**

Ça... C'est une entraide. C'est... c'est... c'est vraiment une entraide quoi. C'est...

Donc avec les spécialistes d'une manière générale.

300 Ouais.

Mh. Des réseaux avec l'hôpital, ou ça peut être des spécialistes en libéral ?

305 Ouais, moi je p... je parle plutôt du libéral. Après les spé... les spécialistes à l'hôpital euh... ça serait bien mais ils ont l'air... ils sont tellement débordés que...

Mh.

310 Quand vous regardez... je sais que les urgences par exemple, ils sont... elles sont débordées, c'est vrai. Mais, euh... quand nous en tant que médecin, on a besoin d'un avis en urgence, c'est... s'ils pouvaient au moins se montrer un peu plus disponible par téléphone, vous voyez, ça serait bien. Ça arrangerait les choses. Au lieu d'envoyer... facilement.

315 **Ok.**

320 Quoiqu'il y a des services qui sont top. Par exemple la neurologie, je sais pas comment c'est dans les autres villes, mais à S... à Strasbourg la neurologie, il y a un neurologue d'astreinte, il y a un endocrinologue d'astreinte à Hautepierre et en Médicale B. Du coup quand t'as, par exemple, je sais pas, un accident entre guillemets avec une insulinothérapie, ou un problème neurologique où tu sais pas s'il faut un scanner ou une IRM en urgence ou... si c'est av... ou quelque chose au neurologue. Tu peux appeler et ils répondent.

Ils donnent des avis.

325 Et pareil en infectiologie. Ouais.

Ouais, c'est vrai qu'il y en a certains, après ça dépend des médecins qui sont d'astreinte, mais y en a certains qui donnent des avis euh... facilement.

330 La plupart donnent des avis. Mais t'façon quand... ils s'... ils s'estiment pas capables de donner un avis, et que... avec les éléments qu'on leur donne, ils disent « Ben faut... là il faut... je peux pas savoir, faut que je l'examine, et... donc faites le... faites le passer par la case Urgences ».

Ouais. Ils vous laissent pas sans solution.

335 Voilà.

Mh. Et... est-ce que vous auriez d'autres idées ?

340 Que les réseaux. Ben... Déjà une prise de conscience. Euh... à la fac, ça serait... enfin, durant les études de médecine, ou durant l'internat, ou peut-être même en amont. Et ensuite... peut-être aussi des notions juridiques. Parce qu'on est lâché comme ça... et on est très... on est tributaire de tout ce qui est... avocat, machin, etc. On connaît pas nos droits, on connaît pas... nos... On connaît pas nos droits quoi.

345 **D'accord.**

Par exemple, quand tu entends des histoires euh... de untel médecin s'est fait condamné pour ceci, untel médecin s'est fait condamné pour perte de chance etc., là c'est... y a aussi une forme de remise en question. Tu te dis, mais c'est tellement facile en fait, d'être condamné, parce que... j'sais pas moi, vous v... vous voyez les histoires de... par exemple l'histoire du PSA. Vous voyez c'est tellement facile en fait d'être condamné, t'as un patient qui a plus de cinquante ans, et il te parle pas de ses troubles urinaires, et... t'as des recommandations qui sont pas toujours claires en fait. Y a des recommandations qui sont pas claires.

355 **Ouais, du coup par rapport à ça vous ne vous sentez pas préparée, et du coup vous... euh**

Ben du coup ça...

360 **... vous proposeriez d'améliorer la formation à la fac. La formation universitaire.**

Ouais. La...

Sur le... Sur l'aspect juridique...

365 L'asp... Deux choses, voilà. Aspect juridique, et... l'aspect... peut-être qu'il y a des... des moyens de prévenir qui existent déjà vous voyez, avec des études et des études statistiques. De prévenir un maximum l'erreur médicale. Et... c'est nous apprendre à...

370 **D'accord. Donc être sensibilisé à cette question de l'erreur médicale. Et... Et puis être formé aux... questions juridiques, en cas d'erreur.**

Mh.

375 **Et, vous parliez aussi tout à l'heure du... du sentiment d'isolement, notamment psychologiquement...**

Ah oui.

380 **... euh... à la sortie de l'internat. Qu'est-ce... qu'est-ce que... on fait déjà actuellement pour ça, et qu'est-ce qu'on pourrait faire de mieux par rapport à ça ?**

385 A la sortie de l'internat, c'est la douche froide ! C'est... c'est... Pour moi y a rien qui est mis en place. C'est tu te débrouilles tout seul en fait. Et après c'est la f..., c'est le... c'est l'expérience en fait. L'expérience sur le... sur... c'est l'expérience sur le terrain, et plus tu
390 cons... plus tu consultes... Par exemple quand j'étais remplaçante j'étais plus stressée que depuis que je suis installée. C'est j'étais... c'était plus stressant parce que y avait pas de suivi du patient. Tu remplaçais une semaine, une semaine après, tu sais pas vraiment ce que les patients devenaient quoi. Et... et depuis que je suis installée, c'est plus rassurant, parce qu'y a moyen de revoir le patient et... t'as... et t'as plus d'expérience qui fait que... je sais pas, ça...
ça rassure quoi.

Vous gérez mieux psychologiquement.

Ouais.

395

Mh. Et qu'est-ce qu'on pourrait faire de mieux pour améliorer encore les choses ? Pour éviter justement cette douche froide ? Pour...

400 Peut-être justement des réunions entre confrères. Que ce soit des... des inte... des... des étudiants remplaç... enfin par exemple les remplaçants non installés, donc les remplaçants tout court, voilà, c'est... faire des réunions. Peut-être avec... une sorte... un formateur, un mentor, vous voyez, qui euh... qui guide quoi.

405 **Comme les groupes Balint dont vous parliez tout à l'heure ?**

Voilà, exactement comme les groupes Balint.

D'accord.

410 Avec des âges différents, peut-être. Et rien que... échanger... en fait c'est... quelque part c'est lib... de un c'est libérateur, et de deux t'as un... t'as un *feedback* quoi. Tu... tu t'dis « Tiens la prochaine fois je ferai ça, et je ferai ça... j'agirai plus... de cette façon. ».

Ok. Je vous remercie.

415

Y a pas de quoi.

Je sais pas si vous vouliez rajouter quelque chose encore ?

420 Bref, non. [En pleine réflexion] Attendez... Faute médicale. Finalement c'est quoi la différence entre erreur médicale et faute médicale ? [Rires]

[Fin de la transcription]

Une réunion se déroule en 3 temps

1er temps : Présentation de cas cliniques

Chaque participant présente à tour de rôle un cas clinique.

Chaque cas :

- > est **choisi** de façon **aléatoire**, selon une méthode définie par le groupe et commune à tous (ex : la troisième consultation de la semaine dernière).
- > est **présenté** à l'aide d'un [modèle](#)
- > est **discuté** par l'ensemble du groupe

Si le groupe n'a pas donné de réponse à une question posée lors de la discussion des cas, le groupe s'organise pour :

- > **formuler** correctement la question posée
- > faire la [recherche bibliographique](#)
- > apporter une **réponse argumentée** lors de la réunion suivante

2e temps : Parcours et coordination des soins

Temps consacré par le groupe à échanger sur l'**offre locale de santé** :

- Lien ville - hopital, clinique
- Correspondants médecins, paramédicaux
- Services sociaux
- Institutions de santé...

3e temps : Sujets libres

C'est un temps libre au cours duquel le groupe peut :

- apporter les réponses aux questions posées à la séance précédente
- aborder un sujet de son choix
- exposer de cas clinique complexe rencontré...

COMMENT SE DÉROULE UNE SÉANCE DE RMM ?

Étape 1 : Présentation du cas

■ Qu'est-il arrivé ?

- ➔ Description chronologique et anonyme des faits, complète, précise et non interprétative.

Étape 2 : Recherche et identification de problèmes de soins

■ Comment est-ce arrivé ?

- ▶ Quels sont les problèmes de soins rencontrés ?
- ▶ Est-ce que des éléments de la prise en charge posent question (processus défaillants, pratiques non optimales, problèmes liés aux soins, traçabilité des informations) ?
- ➔ Recherche et identification du (des) problème(s) de soins rencontré(s).

Étape 3 : Recherche de causes et analyse de la récupération

■ Pourquoi est-ce arrivé ? (approche systémique)

- ▶ Qu'est-ce qui a été nécessaire et suffisant pour que cela arrive ?
- ➔ Pour chaque problème rencontré (cf. étape 2) : recherche des causes, des facteurs favorisants ou contributifs (institutionnels, d'organisation, liés à l'environnement de travail, au fonctionnement interprofessionnel, aux procédures opérationnelles, aux individus, au patient).
- ▶ Quand, comment et qui a vu et compris ce qu'il se passait ? Quand, comment et qui a réagi ? Quels sont les éléments qui ont empêché, ralenti ou atténué l'évolution vers une complication ou un décès ? (ou qui ont dysfonctionné ? ou qui étaient absents ?)
Quelles interactions avec le patient ?
- ➔ Analyse de la récupération mise en œuvre pour rétablir la situation.

Étape 4 : Synthèse et proposition d'un plan d'action

■ Qu'avons-nous appris ? Quels changements mettre en œuvre ?

- ▶ Quels enseignements tirer des étapes précédentes ?
- ▶ Quelles actions mettre en œuvre ? Évitent-elles la récurrence du (des) problème(s) rencontré(s) (actions de prévention) et/ou réduisent-elles sa gravité (actions de protection) ? Quels retentissements pour les acteurs ?
- ▶ Comment le suivi et l'évaluation des actions mises en œuvre sont-ils assurés ? Comment saurons-nous si les actions mises en œuvre sont efficaces ?
- ▶ Comment la communication et l'information des professionnels sont-elles réalisées ?
- ➔ Mise en œuvre et suivi d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Nota bene : on se reportera au **guide méthodologique RMM** (HAS, 2009) pour disposer de précisions supplémentaires concernant la méthode et de fiches techniques pour accompagner la démarche (procédure, aide pour l'analyse d'un cas, analyse systémique, fiche de suivi, critères de qualité).

VIII. RESUME

Introduction :

Par ses nombreuses répercussions, en termes de morbidité et de mortalité pour le patient, de coût pour la société, mais aussi en termes de complications psychologiques et judiciaires pour le praticien, l'erreur médicale en Médecine Générale doit mériter toute notre attention. Si la prévention de l'erreur fait l'objet de nombreux travaux en médecine hospitalière, ce point reste néanmoins insuffisamment abordé lorsqu'il est question des soins primaires. Nous nous sommes donc interrogés sur les moyens utilisés en Médecine Générale de ville pour se prémunir face à ce risque.

Matériel et Méthodes :

Une enquête qualitative a été réalisée auprès d'une population de médecins généralistes à partir d'entretiens semi-dirigés et anonymisés. L'enquête s'est poursuivie jusqu'à saturation des données. Les résultats recueillis ont été analysés par une méthode de théorisation ancrée.

Résultats et Analyse :

Au total, 20 médecins ont été recrutés. Les entretiens réalisés nous ont permis de mettre en évidence de nombreux moyens utilisés en Médecine Générale pour prévenir l'erreur médicale. Les participants ont également été invités à suggérer des perspectives d'amélioration.

Discussion :

Un changement de culture sur l'infailibilité médicale semble nécessaire pour changer véritablement les choses. Afin d'y parvenir, il apparaît nécessaire de réformer davantage la formation des médecins, initiale comme continue, en insistant notamment sur la pédagogie de l'erreur. La mutualisation des tâches, ainsi que l'apport d'une collégialité entre médecins de toutes spécialités, sont également des pistes d'amélioration à développer dans le futur. Ce versant collaboratif nous permet en effet d'avoir une approche globale et systémique de la prévention de l'erreur, bien plus efficace qu'une approche individuelle. Enfin, il ne faudrait pas oublier la place centrale du patient, pour lequel il est nécessaire d'investir suffisamment de temps, de manière à l'impliquer activement dans notre approche et nos stratégies de prise en charge.

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : MORKANEPrénom : Issam Nabil

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A Strasbourg, le 01/01/2021

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.