



HAL
open science

Évolution des perceptions des internes de Médecine Générale au cours de leur diplôme d'Études Spécialisées concernant la sécurité du patient au cabinet : les évènements indésirables en Médecine Générale vus par un groupe d'internes de Diplôme d'Études Spécialisées

Émilie Frelat-Ristord

► To cite this version:

Émilie Frelat-Ristord. Évolution des perceptions des internes de Médecine Générale au cours de leur diplôme d'Études Spécialisées concernant la sécurité du patient au cabinet : les évènements indésirables en Médecine Générale vus par un groupe d'internes de Diplôme d'Études Spécialisées. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01152799

HAL Id: dumas-01152799

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01152799>

Submitted on 18 May 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015

N° 2

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

D.E.S DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Evolution des perceptions des internes de Médecine Générale au cours de leur diplôme d'Etudes Spécialisées concernant la sécurité du patient au cabinet : *Les évènements indésirables en Médecine Générale vus par un groupe d'internes de Diplôme d'Etudes Spécialisées*

Présentée et soutenue publiquement
le 8 janvier 2015

Par

FRELAT-RISTORD, Emilie
Née le 8 mai 1982 à Paris (75)

Dirigée par Mr Le Docteur Brami, Jean

Jury :

M. Le Professeur Jaury, Philippe Président
M. Le Professeur Hervé, Christian
M. Le Professeur Galam, Eric
Mme Le Docteur Joswiak, Colette
Mme Le Docteur Chapiro, Sylvie



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Remerciements

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Philippe Jaury,

Vous m'avez accompagnée tout au long de mon internat en tant que tuteur. Vous me faites maintenant un grand honneur en présidant le jury de ma thèse. J'espère que nous aurons encore de multiples occasions de discuter ensemble.

Je vous prie de trouver ici l'expression de mon profond respect.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Jean Brami,

Vous avez su me guider et rester disponible tout au long de ce travail malgré le temps qui passait. Vous m'avez fait découvrir et partager votre intérêt pour la sécurité du patient. Merci beaucoup d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Christian Hervé,

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Je suis très honorée de votre présence.

Monsieur le Professeur Eric Galam,

En tant qu'enseignant universitaire sur la sensibilisation des internes à l'erreur médicale, vous m'avez fait l'honneur d'accepter de participer au jury de cette thèse. Je vous en remercie.

Madame le Docteur Colette Joswiak,

Tu m'as fait découvrir la médecine générale au sein de ton cabinet. Tu me confies régulièrement tes patients depuis 3 ans. Merci énormément d'avoir accepté de juger ce travail. Avec toute mon amitié...

Madame le Docteur Sylvie Chapiro,

Tu as accepté de juger ce travail et je t'en remercie chaleureusement. Grâce à toi, j'ai découvert les soins palliatifs et leur fondement centré sur le bien-être physique et psychologique du patient. J'essaie de les mettre en application lors de mes consultations. J'espère que nos repas amicaux se poursuivront encore longtemps...

Aux internes qui ont permis la réalisation de cette étude,

Vous m'avez accueilli chaleureusement et avez répondu avec patience à mes multiples questions. Grâce à vous, j'ai modifié ma pratique ! Merci beaucoup pour le temps passé ainsi que vos encouragements.

A tous les professionnels de santé,

Médecins ou non, que j'ai rencontrés au gré de mes stages et de mon cursus, et qui m'ont appris à être le médecin que je suis aujourd'hui.

A ma famille,

A mes parents,

Papa, maman, vous avez toujours été présents. Vous m'avez soutenue et écoutée tout au long de mes années de médecine. Puis, vous avez relu avec patience et attention ce travail de thèse. Merci énormément. Avec toute ma gratitude et mon amour....

A Damien et Marjolaine, Françoise et Michel, Sophie, Yann et les enfants, mes oncles et tantes, aux grands parents de Souil et Saint Martin,

Merci de m'avoir soutenue. Ça y est, enfin la fin de mes études !

A mes amis,

Qu'on se soit rencontré en maternelle, au lycée ou en médecine, merci d'être toujours là. Après 14 ans d'inscription à la fac, nous allons pouvoir (enfin) fêter la fin !

A mes deux amours,

A Matthieu , pour tout ce que nous avons déjà partagé depuis que nous nous sommes rencontrés, et pour tout ce que nous partagerons encore ensemble...

A Emmanuel, pour être notre fils...

Abréviations

ACFA	Arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire
AINS	Anti-inflammatoire
Antibio	Antibiotiques
ARS	Agence Régionale de Santé
ATCD	Antécédents
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVK	Anti-Vitamine K
BHCG	Hormone gonadotrophique chorionique
consult	Consultation
CR	Compte-Rendu
DCI	Dénomination commune internationale
EI	Evènement Indésirable
ENC	Examen National Classant
Fac	Faculté
Gastro	Gastroentérologue
IM	Intra-musculaire
INR	International Normalized Ratio
intervention chir	Intervention chirurgicale
Laptop	Ordinateur portable
micro-CRP	Micro-Proteine C réactive
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
Ordi	Ordinateur
Prat	Praticien
RCP	Responsabilité Civile Professionnelle
ROR	Rougeole Oreillons Rubéole
SASPAS	Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
SRO	Soluté de réhydratation oral
TDR positif	Tubertest réaction positif
TSH	Hormone thyroïdostimulante
Urgences ped	Urgences Pédiatriques

Table des matières

1 – Introduction	7
2 – Matériel et méthodes	9
2.1 Objectifs	9
2.2 Type d'étude	9
2.3 Recrutement des internes	9
2.4 Méthodologie des entretiens	11
2.4.1 Caractéristiques des entretiens	11
2.4.2 Déroulement des entretiens.....	11
2.4.3 Canevas des entretiens.....	12
2.4.4 Enregistrement des entretiens	13
2.5 Méthodologie d'analyse des données	14
2.5.1 Retranscription des entretiens	14
2.5.2 Analyse thématique du verbatim	14
2.5.3 Analyse chiffrée du verbatim.....	15
3 – Résultats	17
3.1 Réalisation des interviews	17
3.2 Caractérisation du groupe d'internes interviewés	19
3.2.1 Choix des internes interviewés	19
3.2.2 Caractéristiques des internes interviewés.....	19
3.2.3 Parcours et motivation des internes interviewés	21
3.2.4 Analyse du cursus des internes interviewés	23
3.2.5 Choix des sous-groupes	24
3.3 Définitions des internes pour « évènement indésirable » et pour « erreur médicale »	25
3.3.1 Définitions spontanées	25
3.3.2 Réactions aux définitions.....	28
3.4 Réactions des internes aux vignettes cliniques décrivant des événements indésirables en situation	31
3.4.1 Analyse du ressenti des internes face aux différents cas présentés.....	32
3.4.2 Analyse des modes de gestion des différents cas par les internes et de leurs propositions d'amélioration	54
3.5 Modification de la vision des internes concernant les EI après cette étude et leurs propositions sur la formation	59
3.5.1 Modification de la vision des internes concernant les EI après cette étude	60
3.5.2 Appréciation des internes sur les formations existantes de sensibilisation aux événements indésirables.....	61
3.5.3 Propositions des internes concernant l'évolution de la formation de sensibilisation aux EI ...	62
4 – Discussion	64
4.1 L'apport de ce travail de recherche	64
4.2 Limites et biais de l'étude	64
4.2.1 Liés au recrutement des internes	64
4.2.2 Liés à la recherche qualitative par entretiens semi-directifs	65
4.2.3 Liés au recueil des données	65
4.2.4 Liés aux conditions d'entretien.....	66

4.2.5 Liés à l'analyse des données	66
4.2.6 Liés à la formation des sous-groupes	66
4.3 Définitions d'événements indésirables	67
4.3.1 Par les internes	67
4.3.2 Réactions des internes face aux définitions officielles	67
4.4 La réaction des internes concernant les vignettes cliniques	68
4.4.1 Analyse globale des réactions.....	68
4.4.2 Analyse de l'évolution des perceptions des internes au cours de leur cursus	69
4.5 La gestion des EI	70
4.6 Les EI comme élément de progression	71
4.7 L'évolution de la vision des EI après entretien	71
4.8 Propositions de modifications des enseignements.....	72
5 – Conclusions	73
Bibliographie	76
Annexe 1 – Guide d'entretien	79
Annexe 2 – Présentation des cas potentiels d'évènements indésirables en cabinet.....	81
Annexe 3 – Classification de Makeham*	83
Annexe 4 – Présentation des événements indésirables de cette étude selon la classification de Makeham et nombre d'occurrences dans l'étude ESPRIT	85
Annexe 5- Verbatim.....	85

1 – Introduction

La notion de sécurité des soins apparaît à la fin des années 90 après la publication du rapport de l'Institut National de Médecine aux Etats-Unis « To err is human. Building a safer Health System » [Brami J., Amalberti R, 2009]. Ce dernier faisait état du nombre estimé de décès annuels évitables liés aux évènements indésirables à l'hôpital. Plusieurs études sur le monde hospitalier vont suivre cette prise de conscience collective. Néanmoins, la recherche sur les soins ambulatoires et tout particulièrement en soins primaires est restée très en retrait.

En France, la première étude sur les soins ambulatoires (chirurgie ambulatoire, soins primaires) est l'Etude ENEIS, réalisée en 2004 et en 2009 [Nacu A., 2010]. Elle analyse les évènements indésirables graves ayant conduit à une hospitalisation. Malheureusement, cette étude n'examine ni spécifiquement les soins en médecine générale, ni les causes de ces évènements indésirables graves.

Néanmoins, l'idée qu'une étude sur les soins primaires est nécessaire apparaît progressivement. En effet, il semble probable que les évènements indésirables générés par les soins primaires soient différents de ceux liés aux services hospitaliers ; et que les évènements indésirables ayant entraînés une hospitalisation ne soient qu'une partie minime des évènements indésirables dus aux soins primaires.

C'est en 2013 qu'est réalisée la première étude épidémiologique sur les évènements indésirables en cabinet chez des médecins généralistes : l'étude ESPRIT. Cette étude montre que l'activité d'un médecin généraliste génère en moyenne un évènement indésirable tous les deux jours et que les trois-quarts d'entre eux n'entraînent aucune conséquence pour le patient. Cela s'explique par le fait que la plupart des évènements indésirables sont liés à la communication et au mode de travail en cabinet (gestion de plusieurs tâches médicales et administratives, interruptions fréquentes, demandes multiples), et que les modes de récupérations (patient, entourage, pharmacien) sont efficaces et limitent la portée nuisible de ces évènements indésirables. [Michel P. et al., 2013]

Ces résultats sont essentiels pour sensibiliser les médecins généralistes à l'existence fréquente de ces évènements indésirables. En effet, en France la notification des évènements indésirables est balbutiante [Prescrire, 2010]. Cela empêche une réflexion approfondie, fondée sur le partage d'expérience, sur les causes de ces derniers. Par ailleurs, la culture de l'erreur n'existe pas ou peu pendant les études. Cette idéalisation du médecin prépare donc mal à la pratique quotidienne future. Et les médecins dont les actes médicaux entraînent des effets négatifs sur leurs patients sont souvent jugés par leurs pairs et se retrouvent fréquemment seuls face à leurs sentiments de culpabilité, de doute et de peine [Galam E.,

2012]. La conséquence directe est que plus d'un généraliste sur dix est en détresse psychologique [DRESS, 2010] et que de nombreux internes présentent des signes précurseurs de « burn-out » [Le Tourneur A., Komly V., 2011]. Face à ce constat et à la nécessité de changer les mentalités, plusieurs facultés de médecine dont les facultés d'Ile-De-France, de Lyon et de Saint-Etienne ont mis en place des enseignements spécifiques aux évènements indésirables et à la gestion de l'erreur [Galam E., 2012] [Val-lée J., Charles R., 2008] [Favier-Arnaudier CA., 2008].

Par ailleurs, la maquette du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine générale oblige les internes à effectuer un stage en ambulatoire (dit « stage chez le praticien » ou stage de niveau 1) et les incite à en effectuer un second en autonomie (SASPAS ou stage de niveau 2). Malheureusement, le nombre actuel de terrain de stage n'est pas suffisant pour que tous les internes aient accès au SASPAS. Mais y a-t-il réellement un intérêt à ce que les internes passent en cabinet de ville pendant leur internat ? Cela permet-il une meilleure gestion des évènements indésirables ? Et donc une meilleure formation à leur métier futur ?

Ce travail a été élaboré afin d'essayer de répondre à la question suivante : y-a-t-il une évolution des perceptions des internes de médecine générale au cours de leur DES vis-à-vis de la sécurité du patient au cabinet ?

2 – Matériel et méthodes

2.1 Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de décrire l'évolution du ressenti des internes face aux événements indésirables en fonction du suivi ou non des stages de niveau 1 et 2.

Les objectifs secondaires ont pour but :

- de découvrir la manière de gérer les événements indésirables en cabinet de ville par les internes
- d'analyser l'impact des événements indésirables sur le plan personnel et professionnel
- d'identifier les attentes de formation des internes pour la préparation à leur futur métier de médecin généraliste concernant les événements indésirables au cabinet.

2.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative faite auprès de 12 internes inscrits en DES de Médecine Générale en Ile-de-France.

Le but de cette étude étant de comprendre des comportements, des ressentis, des expériences et des représentations sur les « événements indésirables » en médecine générale, le choix de la méthode qualitative pour cette thèse fut décidé, en toute logique, dès le début de la réflexion sur le sujet.

En effet, cette méthode issue des sciences humaines et sociales permet d'étudier les sentiments, les émotions et les expériences personnelles pour obtenir une compréhension globale du fonctionnement d'un individu sur un sujet donné (Aubin-Auger I. et al., 2008)

2.3 Recrutement des internes

Nous avons décidé de demander aux médecins des services où nous avons nous-même été formés de servir d'intermédiaires afin d'entrer plus facilement en contact avec les internes présents. Dans certains services, nous nous sommes directement présentés comme une « ancienne interne du service ».

Enfin, pour contacter les internes ayant fait leur SASPAS, nous avons demandé à nos connaissances (ami(e)s, anciens maîtres de stages) de nous proposer une liste d'internes intéressés.

Un premier contact téléphonique a été établi avec les internes intéressés pour présenter succinctement l'enquête et les modalités de sa réalisation (entretien semi-directif enregistré). Le caractère ponctuel et anonyme était explicité ainsi que la durée minimale prévisible de l'entretien (1 heure). Par ailleurs, le

choix de la date, de l'horaire et du lieu de l'interview a été laissé libre à l'interne afin de maximiser sa disponibilité.

Les critères d'inclusion étaient d'être inscrit en DES de Médecine Générale en Ile-de- France et d'être volontaire.

Les critères d'exclusion étaient le refus de l'interne d'être enregistré lors de l'entretien et l'impossibilité de trouver une date de rencontre dans le mois suivant la discussion téléphonique.

Etre inscrit à la faculté de Paris Descartes avait initialement été envisagé comme critère d'exclusion. En effet, en 2010, lors du commencement de ce travail de recherche, des cours sur les évènements indésirables et la sécurité du patient y étaient spécifiquement donnés. Néanmoins, dès 2011, ces cours sont devenus un enseignement mutualisé pour l'ensemble des étudiants volontaires de troisième cycle des études médicales d'Ile de France. Ce critère d'exclusion est donc naturellement apparu comme inintéressant pour juger de la manière dont les internes gèrent les évènements indésirables.

La taille de l'échantillon n'était pas définie à l'avance. Le recrutement a été arrêté lorsque nous sommes arrivés à saturation des données (c'est à dire redondance des réponses).

La représentativité statistique n'était pas un objectif, puisque l'extrapolation des résultats obtenus à l'ensemble de la population des internes d'Ile-de-France n'était pas recherchée.

Néanmoins nous avons veillé à inclure des internes n'ayant effectué aucun stage ambulatoire, des internes ayant fait leur stage ambulatoire de niveau 1 et d'autres ayant réalisé leur stage de niveau 2 afin d'obtenir un large panel de réponse.

Le groupe d'internes interviewés comprend :

- 3 étudiants n'ayant effectué aucun stage ambulatoire
- 5 étudiants ayant effectué leur stage chez le praticien
- 4 étudiants après leur stage de SASPAS

2.4 Méthodologie des entretiens

2.4.1 Caractéristique des entretiens

L'entretien semi-directif a été choisi car il possède une structure souple et évite d'enfermer le discours de l'interviewé dans un cadre trop rigide. Il lui laisse la possibilité de développer ses idées au cours de l'entretien [Blanchet A., Gotman A., 2010].

2.4.2 Déroulement des entretiens

Les entretiens individuels, en face à face, se sont déroulés entre avril 2013 et mai 2014. La conversation en face à face a permis d'obtenir des informations détaillées sur un mode semi-directif voire directif. Nous sommes intervenus lorsque une relance paraissait nécessaire ou que l'interne semblait être en difficulté pour répondre à la question posée (mauvaise compréhension, oubli). Néanmoins, nous sommes restés le plus neutre possible afin de favoriser au maximum les réponses spontanées [Blanchet A., Gotman A., 2010].

Afin de pouvoir interroger des internes n'ayant effectué aucun stage ambulatoire, il a nous paru judicieux de réaliser des vignettes cliniques inspirées de la vie réelle en cabinet et de les soumettre à l'ensemble des internes interrogés, le but étant de tendre vers une mise en situation des répondants.

Les interviewés étant des internes de facultés différentes, effectuant leur stage dans des lieux différents plus ou moins éloignés, il a semblé plus aisé, pour des problèmes d'organisation, de réaliser des entretiens individuels et non en groupe.

Une phase test, auprès d'internes de notre entourage amical a été réalisée. Elle a permis de modifier et de compléter le questionnaire.

Les 12 entretiens se sont déroulés :

- sur le lieu de stage des internes (6)
- au domicile des internes (4)
- à mon domicile (2)

2.4.3 Canevas des entretiens

Un guide d'entretien a été élaboré afin de nous aider lors des interviews (cf. Annexe 1). Grâce à ce guide, les entretiens ont été homogènes et structurés de manière identique d'un interviewé à l'autre. Ils ont été organisés en quatre parties.

Au début de chaque entretien (première partie), nous avons pris du temps pour nous présenter (prénom, faculté de rattachement, position dans le cursus des études médicales) et nous avons demandé à l'interne de faire de même (faculté, stages effectués, projets professionnels). Puis nous avons présenté le sujet de l'étude : les événements indésirables vus par les internes de médecine générale. Nous avons insisté sur le respect de l'anonymat de l'interviewé ainsi que sur la neutralité de l'interviewer vis à vis des réponses données. Cette accroche a eu pour but de mettre à l'aise l'interviewé.

Lors de la deuxième partie, nous avons recueilli les représentations des notions d'événements indésirables et d'erreur médicale propres à chaque interne. Puis nous lui avons présenté trois définitions différentes des événements indésirables proposées par des institutions ou des études :

- Ministère de la Santé : « *Ensemble des événements non désirés liés aux soins* » [Ministère de la Santé. 2003]
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *Incident qui entraîne une atteinte pour le patient. Atteinte découlant de ou associée à des projets formulés ou des mesures prises pendant que les soins ont été dispensés et qui ne résulte pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacente* » [Groupe de rédaction de la CISP. 2007].
- Etude ESPRIT : « *Événement ou circonstance associée au soin qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné une atteinte pour le patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau* ». Cette dernière définition est parue en décembre 2013 et n'a pu être proposée à tous les interviewés. [Michel P et al. 2013]

Nous avons ensuite demandé à l'interne de nous donner son opinion sur ces définitions officielles.

La troisième partie est constituée de 12 vignettes cliniques (cf. annexe n°2) mettant en scène un médecin généraliste face à des événements indésirables potentiellement fréquents en cabinet :

- rupture du secret médical ;
- chute au cabinet ;
- problèmes divers de prescriptions (4) ;
- difficultés avec des vaccins (2) ;
- problème de compréhension d'un patient ;
- problème de récupération des examens complémentaires ;

- consultation par téléphone ;
- retard de prise en charge.

Elles ont été établies après discussion avec différents praticiens et validées par notre directeur de thèse. Elles s'appuient sur les grands thèmes d'EI abordés dans la classification de Makeham dont on peut trouver une copie dans l'annexe 3 [Makeham MA et al. 2008]

Pour chacune d'entre elles, l'interne a été invité à nous faire part de son opinion sur la présence ou non d'un événement indésirable dans l'histoire. En cas de réponse positive, nous avons poursuivi en demandant :

- le degré de gravité ressenti par l'interne pour la vignette décrite,
- sa manière hypothétique de gérer la situation,
- la répercussion potentielle d'un tel événement dans la vie de l'interne
- s'il entrevoyait des moyens à mettre en place pour éviter ou limiter la récurrence de l'événement indésirable.

Lors de la dernière partie de l'entretien, nous avons proposé à l'interne de nous raconter des événements dont il aurait été le témoin ou l'acteur et de nous parler des sentiments qu'il avait ressentis lors de ces situations. Nous lui avons aussi demandé de nous donner son opinion sur l'étude auquel il venait de participer et sur la sensibilisation aux événements indésirables qu'il avait pu avoir au cours de ses études.

Enfin, avant de le remercier pour sa participation, nous l'avons invité à nous redonner une définition des événements indésirables.

2.4.4 Enregistrement des entretiens

Les entretiens ont été enregistrés grâce à un enregistreur digital Voice recorder VN- 8500PC de marque Olympus. Le matériel a fonctionné correctement et aucune perte de données n'a été constatée.

2.5 Méthodologie d'analyse des données

2.5.1 Retranscription des entretiens

Chaque entretien a été intégralement retranscrit grâce à un logiciel de reconnaissance vocale Dragon NaturallySpeaking Home v12 de Nuance. La retranscription a eu lieu rapidement après les entretiens afin de ne pas perdre d'informations notamment non verbales.

Aucune reformulation ni correction de langage n'a été réalisée. Des didascalies (notes donnant des informations sur le comportement des internes) ont été introduites entre crochets pour aider à la compréhension. Pour faciliter la lecture et l'analyse, et retrouver facilement les éléments de vocabulaire des interviewés, des intervalles ont été introduits entre les différentes parties et les interventions de l'intervieweur ont été identifiées par une police de caractères en italique.

Pour respecter l'anonymat des internes, seule l'initiale de leur prénom a été conservée. Les lieux de stages ainsi que les parcours de vie trop reconnaissables ont été effacés. Et le nom des facultés de rattachement ont été occultés.

Le résultat de cette retranscription est appelé verbatim.

2.5.2 Analyse thématique du verbatim

Une analyse thématique du verbatim a été réalisée. Les entretiens ont été lus, puis les éléments du discours des internes ont été identifiés puis classés en thème et sous-thème selon les caractéristiques propres aux quatre parties.

Une grille d'analyse spécifique a été établie pour chaque partie et les réponses des internes classées en fonction de cette grille.

2.5.2.1 Première partie du verbatim

Cette partie a permis de récolter des éléments factuels sur les internes interviewés (âge, sexe, parcours, stages). Ces éléments ont été classés et analysés de manière classique (cf § 2.5.3).

2.5.2.2 Deuxième, troisième et quatrième parties du verbatim

Pour caractériser le ressenti des internes concernant les « événements indésirables », les « erreurs médicales », les définitions officielles, les « analyses d'évènements indésirables potentiels » et les expé-

riences personnelles, chaque verbatim a été analysé. Les éléments caractéristiques de chaque réponse ont été extraits (codification) puis classés en catégories (catégorisation). Ces catégories ont été regroupées en grands domaines d'analyse du ressenti. Ensuite les réponses des internes et leur identifiant ont été recensées en fonction des catégories. Ce recensement a ensuite permis d'analyser la typologie de réponses des internes globalement et en fonction des différents sous-groupes d'intérêts de notre étude (cf § 2.5.3).

Pour l'analyse de la définition d'erreur médicale, nous nous sommes inspirés de la Classification de Reason [Reason J., 1990]. Elle se fonde sur trois catégories d'erreurs (d'automatisme, de connaissance et de règles).

2.5.3 Analyse chiffrée du verbatim

L'échantillon recruté était de 12 individus et la représentativité statistique n'était pas visée. L'échantillon est faible mais un certain nombre de calculs peuvent être néanmoins effectués pour caractériser le groupe.

Ces analyses ne sont valables que pour ce groupe de douze internes interviewés et ne représentent en rien ce que pourrait penser ou ressentir un groupe différents d'internes. Cette étude reste qualitative et seule une analyse statistique selon la méthode des quotas avec un nombre beaucoup plus important d'internes serait susceptible de confirmer ou d'infirmer ce qui a été relevé lors de ces interviews.

L'analyse des données, les calculs et les graphiques ont été réalisés sur l'ordinateur avec le tableur Microsoft Excel 2010.

2.5.3.1 Première partie du verbatim

Nous avons réalisé une analyse sommaire des entretiens (durée et lieu) et des données personnelles des internes pour caractériser le groupe interviewé :

- âge
- sexe
- nombre de semestres d'études après l'ENC
- les stages effectués
- le nombre de stages ambulatoires
- le suivi d'une sensibilisation aux « évènements indésirables »

Pour ces analyses les représentations classiques en camembert ou histogrammes ont été utilisées.

2.5.3.2 Autres parties du verbatim

Après le recensement des internes en fonction des catégories de réponses, nous avons analysé la typologie des réponses en fonction des sous-groupes d'intérêt : avec ou sans stages ambulatoires, avec ou sans sensibilisation aux événements indésirables.

Des analyses qualitatives chiffrées ont été effectuées en relevant le nombre d'occurrences des éléments de codification en fonction des catégories et des domaines d'intérêt et selon les sous-groupes. L'hypothèse sous-jacente est que plus l'événement indésirable éveille un écho dans le groupe d'internes plus ceux-ci auront réagi par un ou plusieurs éléments de langage qui s'inscriront dans un domaine ou une catégorie. Nous examinerons alors si la prévalence de ces éléments de langage (mesurée par le nombre d'occurrences) évolue entre les différents domaines ou catégories en fonction des sous-groupes constitués pour cette étude.

Chaque interne peut donner plusieurs réponses ce qui reflète l'impact de l'EI dans le ressenti de l'interne. Les 2 sous-groupes constitués avec les internes ayant ou non suivis une sensibilisation aux événements indésirables au cours de leur cursus ont des effectifs égaux ce qui élimine tout biais lié au nombre d'internes dans le sous-groupe. Par contre, il faut garder à l'esprit que les effectifs des sous-groupes « nombre de stages chez le praticien » sont différents ce qui peut introduire un biais de lecture.

3 – Résultats

3.1 Réalisation des interviews

Les premiers entretiens ont été réalisés en avril 2013 et les autres de janvier à juin 2014 après la parution de la définition de l'étude ESPRIT. La typologie des interviews est résumée dans le Tableau 1.

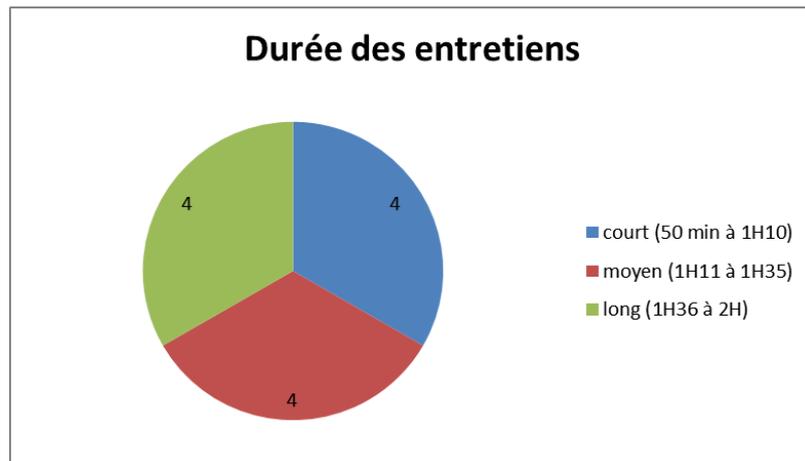
Tableau 1 : Caractéristiques des entretiens

interne	durée (en min)	lieu
1	65	lieu de stage
2	65	lieu de stage
3	106	lieu de stage
4	92	Domicile de l'interne
5	105	lieu de stage
6	118	mon domicile
7	56	lieu de stage
8	69	lieu de stage
9	90	Domicile de l'interne
10	112	Domicile de l'interne
11	85	Domicile de l'interne
12	75	mon domicile
moyenne	87	
écart-type standard	21	

La durée totale des entretiens est d'environ 19H (19H 06). La durée moyenne des entretiens est de 87 min (1H 27) avec un écart-type standard de 21 min sur une durée prévue d'environ 60 min. Il y a effectivement une disparité importante entre la durée des entretiens.

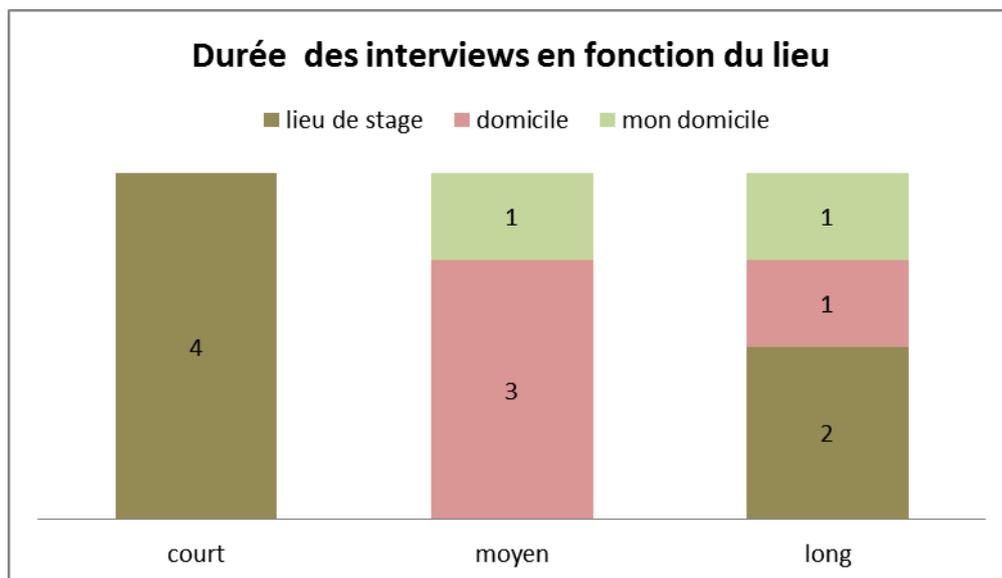
La Figure 1 montre que les interviews se partagent en trois classes égales entre des entretiens courts (de 50 min à 1H10), moyens (1H10 à 1H35) et long (de 1H35 à presque 2H).

Figure 1



La Figure 2 montre que la durée des entretiens est assez bien corrélée avec le lieu de l'interview. Les interviews au domicile de l'interne ou de l'enquêteur favorisant des entretiens moyens ou longs. Mais deux entretiens longs (environ 1H45) sur quatre ont été conduits sur les lieux de stage.

Figure 2



Les entretiens ont été conduits dans l'ordre de leur numérotation. Les entretiens longs se répartissent régulièrement au cours du temps et ne semblent pas liés à une éventuelle amélioration de la pratique de l'interviewer pour mener les interviews.

3.2 Caractérisation du groupe d'internes interviewés

3.2.1 Choix des internes interviewés

Afin de mettre en confiance les internes, nous avons demandé aux médecins de services au sein desquels nous avons nous-mêmes été formés de servir d'intermédiaire entre nous et les internes actuels de leur service. Dans d'autres services, nous nous sommes présentés comme une « ancienne interne du service ».

Enfin, pour contacter les internes ayant fait leur SASPAS, nous avons demandé à nos connaissances (ami(e)s, anciens maîtres de stages) de nous proposer une liste d'internes intéressés.

3.2.2 Caractéristiques des internes interviewés

Le Tableau 2 reprend les données générales de la population étudiée.

Tableau 2 : Données générales

Interne	Âge (année)	Sexe	Semestres après ENC
1	26	F	3
2	28	F	5
3	26	F	5
4	33	F	3
5	26	H	5
6	26	F	3
7	27	F	5
8	28	F	6
9	26	F	3
10	28	F	6
11	27	H	5
12	28	F	6
Moyenne	27,4	F = 83,3%	4,6

Les résultats du Tableau 2 montrent que la majorité des internes recrutés étaient de sexe féminin (seulement 2 internes hommes sur 12 internes interviewés).

Comme nous l'avons expliqué au chapitre 2 (Matériel & Méthodes, § 2.5.3), l'objectif de cette étude n'était pas d'obtenir un échantillonnage statistiquement représentatif de la population des internes du DES de Médecine générale en Ile de France. Mais on peut essayer de caractériser l'échantillon des internes interviewés.

On peut noter les points suivants sur les caractéristiques de l'échantillon (Tableau 2 et Figures 3 & 4) :

- La moyenne d'âge est presque de 27 ans et demi allant de 26 à 33
- Les classes d'âges les plus représentées sont celles des 26 ans (5 internes soit 41,7% de la population étudiée) et celle des 28 ans (4 internes soit 33,3% des internes interviewés)
- Les internes interviewés ont un minimum de 3 semestres de stages d'internat. Ils ont donc effectués la moitié de leur internat. La moyenne se situe à 4 semestres et demi.
- La majorité des internes ont une ancienneté dans l'internat de 5 semestres (5 internes soit environ 42% de la population). Il n'y a pas de représentants d'interne en 4^{ème} semestre. Trois internes ont terminé leur cursus ou sont en fin d'internat.

Figure 3

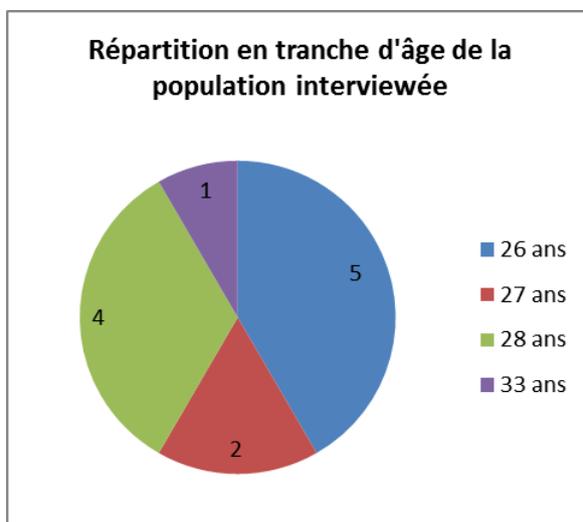
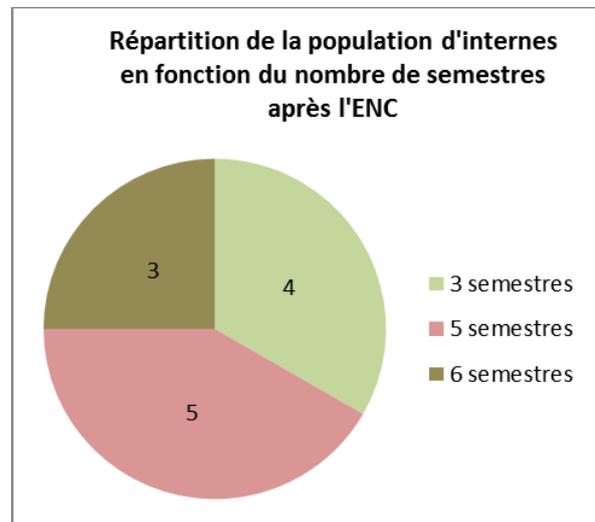
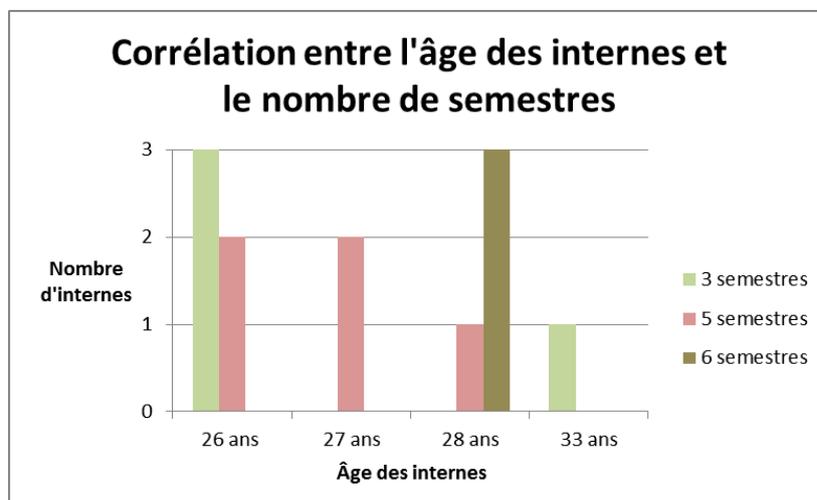


Figure 4



La Figure 5 montre que le nombre de semestres effectués après l'Epreuve nationale classante (ECN) est, dans cet échantillon, assez indépendant de la classe d'âge, même si la majorité (3/4) des internes âgés de 28 ans ont effectué ou sont en train d'effectuer leur 6^{ème} stage (6 semestres).

Figure 5



3.2.3 Parcours et motivation des internes interviewés

3.2.3.1 Universités de rattachement

Les internes interviewés appartiennent à différentes Universités de la région parisienne au sens large.

En raison de la confidentialité promise aux interviewés, il n'est pas possible de donner individuellement les universités de rattachement des internes. Il est toutefois possible de donner la liste des universités de la région Ile de France d'où proviennent les étudiants (Tableau 3).

Tableau 3 : Universités de rattachement des internes interviewés

Universités de rattachement des internes interviewés	nombre d'étudiants
Université de Paris - Descartes (Paris 5)	6
Université Paris Sud – Orsay (Paris 11)	1
Université de Créteil (Paris 12)	1
Université de Paris - Diderot (Paris 7)	2
Université de Versailles - Saint Quentin en Yvelines (Paris Ouest)	2

Avant 2011, les enseignements universitaires concernant les évènements indésirables étaient organisés au sein de chaque faculté d'Ile de France selon différentes modalités : les facultés de médecine de Paris 5 et Paris 7 proposaient un enseignement spécifique, les autres facultés abordant plutôt les évènements indésirables au cours des groupes de tutorat en fonction des envies des internes présents.

Depuis 2011, un enseignement mutualisé a été institué pour l'ensemble des étudiants volontaires de troisième cycle des études médicales d'Ile-de-France. Il consiste en une journée avec inscription préalable au cours de laquelle sont abordés les notions théoriques (définitions, historique, signalement) ainsi que des cas pratiques avec partage par les étudiants présents de leur propre vécu concernant les évènements indésirables.

3.2.3.2 Parcours et projet professionnel

Le Tableau 4 résume le parcours et le projet professionnel des internes interviewés.

Tableau 4 : Parcours et projet professionnel des internes participant à l'étude

interne	parcours après l'ENC	projet professionnel	stages chez le praticien	sensibilisation aux évènements indésirables
1	Médecine interne Urgences adultes Stage chez le praticien	installation comme médecin généraliste	1	NON

interne	parcours après l'ENC	projet professionnel	stages chez le praticien	sensibilisation aux évènements indésirables
2	Gériatrie aigüe – psychogériatrie Urgences adultes Urgences pédiatriques Stage chez le praticien Soins palliatifs	travaille en centre de santé	1	OUI cours universitaire pendant l'internat
3	Médecine polyvalente adulte Stage chez le praticien Pédiatrie Urgences adultes Soins palliatifs	remplacements puis cabinet en zone rurale	1	OUI cours d'échange de pratique pendant l'internat
4	Pédiatrie Pneumologie Urgences adultes	urgences - SAMU puis activité mixte urgences - cabinet de ville	0	NON
5	Pédiatrie Gériatrie aigüe Urgences oncérologie Stage chez le praticien Soins palliatifs	soins palliatifs	1	OUI par l'expérience
6	Service post-urgence Urgences adultes Pédiatrie	remplacements puis installation	0	NON
7	Médecine interne Urgences adultes Gériatrie Stage chez le praticien Pédiatrie	remplacements	1	NON
8	Urgences adultes Médecine interne Stage chez le praticien Pédiatrie SASPAS Médecine polyvalente adulte	assistante hospitalière puis remplacements puis création centre de santé	2	NON
9	Médecine interne diabète-gériatrie Urgence adulte Pédiatrie	médecine vasculaire puis activité mixte médecine générale en cabinet et angiologie	0	OUI lors d'un stage hospitalier pendant son externat
10	Urgences adultes Médecine interne Stage chez le praticien Pédiatrie SASPAS Médecine générale en hôpital psychiatrique	libéral (installation? remplacements?) et planning familial	2	OUI dans des cours
11	Médecine interne Pédiatrie Urgences - SAMU Stage chez le praticien Disponibilité de 6 mois SASPAS	centre de santé (en monter un)	2	OUI Revue de morbi-mortalité lors d'un stage hospitalier pendant son internat
12	Gériatrie Urgence adulte Médecine - diabétologie Stage chez le praticien SASPAS Urgences gynécologiques	remplacements puis installation	2	NON

3.2.4 Analyse du cursus des internes interviewés

La fréquence des évènements indésirables concernant la sécurité des patients peut être observée à différentes occasions au cours des stages d'internat. Il est important de caractériser l'échantillon des internes ayant accepté de répondre à notre enquête pour avoir une idée de la typologie de leur formation au moment de l'interview.

3.2.4.1 Stages chez le praticien

L'objet de l'étude portant sur la sécurité des patients en cabinet, nous nous intéresserons dans un premier temps à la typologie de l'échantillon concernant le stage chez le praticien. La Figure 6 indique à quel moment du cursus de 3^{ème} cycle des études médicales, le stage a été effectué.

Figure 6

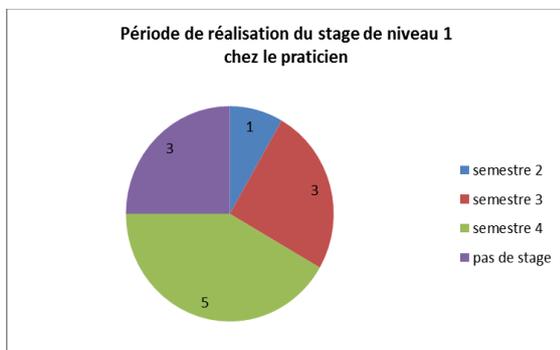
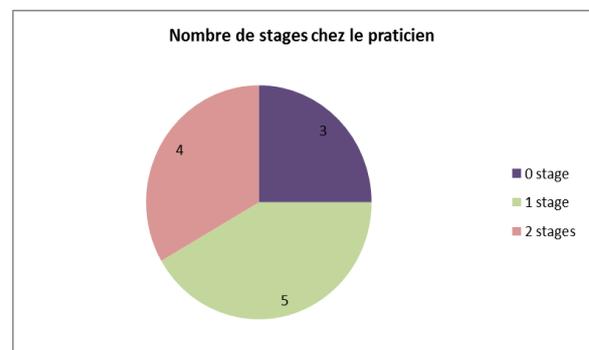


Figure 7



Notons que 75% de l'effectif (soit 9 internes sur 12) a effectué au moins un stage chez un praticien. La majorité (5 internes sur 9) ont fait leur stage au 4^{ème} semestre.

Quatre internes sur 9 (44%) ayant effectué un stage chez le praticien ont aussi effectué un « stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée » (SASPAS).

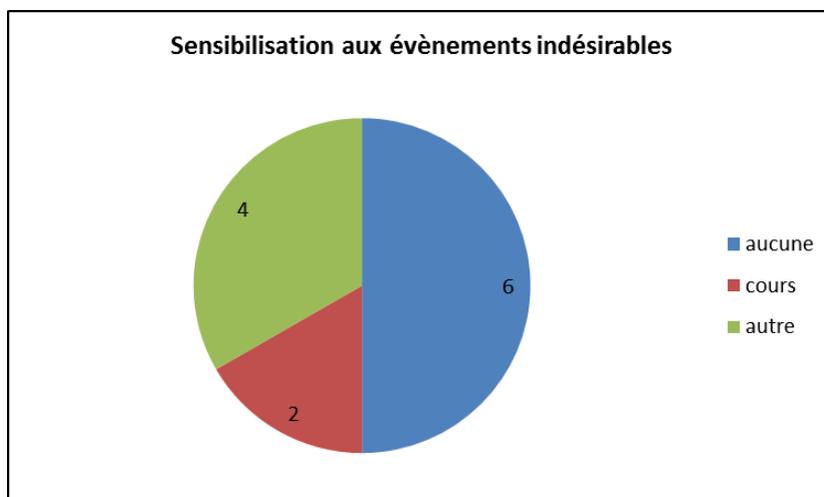
La Figure 7 montre la répartition de l'effectif en fonction des sous-groupes : pas de stage, 1 stage et 2 stages chez le praticien. L'échantillon est assez bien équilibré entre les différents sous-groupes.

3.2.4.3 Sensibilisation aux « évènements indésirables »

Certains internes de l'échantillon interrogé ont suivi volontairement des enseignements à l'université sur les évènements indésirables pendant leur internat. D'autres ont eu des sensibilisations diverses (cours d'échange de pratique à la faculté ou revue de morbi-mortalité au cours de l'internat, lors d'un stage hospitalier pendant l'externat, par l'expérience).

La Figure 8 résume la typologie de l'échantillon consulté selon les trois principales catégories intéressantes pour notre étude (aucune sensibilisation, cours, autre sensibilisation)

Figure 8



Il faut noter cependant que les effectifs des internes ayant suivi des cours spécifiques liés aux événements indésirables est faible (2 internes sur 12)

3.2.5 Choix des sous-groupes

Pour mener à bien notre étude et essayer de voir s'il existe une évolution des perceptions des internes de médecine générale au cours de leur DES vis-à-vis de la sécurité du patient au cabinet, il est nécessaire de constituer des sous-groupes pertinents.

La première grille pertinente d'analyse selon des sous-groupes est celle en fonction du nombre de stages chez le praticien. Le Tableau 5 résume la répartition des internes selon ces 3 sous-groupes.

Tableau 5 : Répartition des internes selon le nombre de stages effectués chez le praticien

nombre de stages chez le praticien	stagiaires interviewés
0	4, 6, 9
1	1, 2, 3, 5, 7
2	8, 10, 11, 12

La seconde grille pertinente d'analyse est celle en fonction du type de sensibilisation aux événements indésirables au cours du cursus (aucune sensibilisation, cours universitaires, autres types de sensibilisation). Le faible effectif du sous-groupe ayant suivi des cours sur les événements indésirables (internes 2 et 10) incite à le regrouper avec celui de ceux ayant participé à des actions de sensibilisation diverses. Le Tableau 6 résume la répartition des internes selon ces 2 sous-groupes.

Tableau 6 : Répartition des internes ayant reçus ou non une sensibilisation aux EI

sensibilisation aux événements indésirables au cours du cursus	internes interviewés
aucune sensibilisation	1, 4, 6, 7, 8, 12
sensibilisation diverses aux EI	2, 3, 5, 9, 10, 11

3.3 Définitions des internes pour « événement indésirable » et pour « erreur médicale »

3.3.1 Définitions spontanées

Lors de la deuxième partie de l'entretien, nous avons recueilli les représentations des notions d'événements indésirables et d'erreurs médicales que les internes pouvaient exprimer de manière intuitive. Celles-ci sont analysées dans ce paragraphe.

3.3.1.1 Evènements indésirables

Qu'est-ce pour vous un événement indésirable ? Les réponses à cette question sont données dans le Tableau 7.

Tableau 7 : Codification des réponses des internes à la question "événement indésirable"

Interne	Ressenti des interviewés pour « événement indésirable »
1	non prévu; lié aux médicaments; évolution non prévisible d'une maladie; peut exister sans erreur
2	prévisible ou non; conséquence d'une faille/ erreur/ aléa thérapeutique; sous-entend la notion de responsabilité; pas forcément conséquence d'une erreur
3	passer à côté de quelque chose de grave; action plus délétère que bénéfique; peut être indépendant de notre faute; accident/ accident d'exposition au sang/ chute/ besoin du SAMU
4	quelque chose de pas prévu; une complication/effet indésirable d'un médicament/ une complication sur un terrain/une erreur diagnostique/ une négligence
5	un élément perturbateur lors d'une consultation (tel/ personne accompagnante); motifs cachés; multiplication des motifs; dont on se rend compte pendant la consultation et qu'on corrige

Interne	Ressenti des interviewés pour « événement indésirable »
6	évènements/éléments/ pratique du soin entraînant conséquences négatives; très vaste; pour le patient et le médecin; un peu aléatoire; lié à la thérapeutique et au relationnel
7	censé ne pas arriver; essai pour l'éviter au maximum; substance ou situation; pour patient ou praticien
8	"quelque chose qui arrive et qui ne devrait pas arriver"; conséquences néfastes; pas souhaité; pour le praticien/ patient/ entourage
9	non prévisible; qui a un effet néfaste pour le patient; réactions allergiques à des médicaments/infection post-opératoire/ sur matériel
10	tous les problèmes qui peuvent arriver au patient dans les suites d'un acte médical (effets indésirables des médicaments; gestes)
11	quelque chose qu'on n'attend pas; plus large que la iatrogénie; relation/ collaboration/ vécu professionnel/prise en charge qui se déroule mal; pas forcément de ma faute
12	complication qui peut survenir sur le patient; consultation qui ne se déroule mal; mésentente entre patient et médecin; mécanique (chute)

L'analyse des réponses permet de repérer 7 catégories résumées dans le Tableau 8.

Tableau 8 : Catégorisation des réponses des internes pour « événement indésirable »

Un évènement indésirable est :	internes	Nombre d'occurrences
lié à des effets néfastes ou à des complications	1-2-3-4-6-7-8-9-10-12	10
non prévu	1-2-4-6-7-8-9-11-12	9
de type iatrogène (soit lié aux médicaments soit aux gestes techniques)	1-2-3-4-6-7-9-10-11	9
lié au patient et au médecin	3-5-6-7-8-11-12	7
lié à des situations (relation patient-médecin ou entre collègues ; téléphone ; motifs multiples)	3-5-6-7-11-12	6
indépendant d'une faute quelconque du médecin	1-2-3-11	4
lié uniquement au patient	4-9-10	3

La majorité des internes associent immédiatement les évènements indésirables à des effets néfastes, non prévus et iatrogènes au sens large. Les évènements indésirables liés au médecin et/ou au patient, à certaines situations sont moins facilement évoqués. Peu disent qu'un évènement indésirable peut ne pas être lié à une faute du médecin.

3.3.1.2 Erreurs médicales

Qu'est-ce pour vous une erreur médicale ? Existe-t-il une différence entre « erreur médicale » et « évènement indésirable » ? Les réponses à ces questions sont données dans le Tableau 9. Nous avons obtenues des réponses de 11 internes sur 12 en raison d'une absence de relance dans une interview (voir l'entretien 2 dans l'annexe « Verbatim »)

Tableau 9 : Codification des réponses des internes à la question "erreur médicale"

interne	ressenti
1	"pas agit dans les règles"; délétère pour le patient; conséquences négatives
2	<i>(pas de réponse – absence de relance)</i>
3	se tromper dans une prescription/diagnostic; pas aller chercher les infos/ ne pas écouter les familles; ne pas essayer de soigner au mieux
4	manque de moyen (pas de multiplication des examens complémentaires)/ erreur diagnostique/ erreur de traitement; prescriptions inappropriées ou interdites par études récentes
5	médecin s'en rend compte ou pas; entraîne des complications ou pas; erreurs de prescription/diagnostic/prise en charge thérapeutique, humaine ou sociale; problème dans prise en charge globale
6	faute du praticien; dans aspect relationnel et/ou médical
7	faute praticien; indépendante ou non de sa volonté; prescrit mauvaise dose de médicament/ s'est trompé dans l'identité de deux patients
8	quand le praticien se trompe; par rapport à des recommandations; remarquée ou non par le patient; possible interprétation du patient
9	liée à une mauvaise application de nos connaissances médicales
10	quelque chose fait par le médecin; non validé scientifiquement; peut entraîner un événement indésirable visible
11	mauvaise décision; pas en accord avec les données de la science/ psychosocial
12	complication physique/ psychologique; était évitable; directement lié à une décision médicale/ prescription/ intervention chir

L'analyse des réponses permet de repérer 4 catégories résumées dans le Tableau 10. Pour cette catégorisation, nous nous sommes inspirés de la classification de REASON. L'analyse est réalisée de manière globale et non en fonction du nombre de stages ambulatoires ou de la sensibilisation car il manque la réponse de l'interne n°2.

Tableau 10 : Catégorisation des réponses des internes pour "erreur médicale" (selon REASON)

Une erreur médicale est :	internes	Nombre d'occurrences
un problème d'automatisme	7	1
un problème de connaissance	3-5-7-9	4
un problème de règles	1-3-4-5-7-8-10-11-12	9
lié à un aspect relationnel	3-5-6	3

Pour les internes interrogés, l'erreur médicale est fortement liée à un problème de respect des règles, par exemple : « pas agit dans les règles » (interne n°1), « par rapport à des recommandations » (interne n° 8), « non validé scientifiquement » (interne n°10).

Lors de la catégorisation des réponses, le lien avec un aspect relationnel est apparu dans le discours de 3 internes bien que ce ne soit pas une catégorie évoquée par J. REASON dans sa classification.

3.3.2 Réactions aux définitions

Les internes interviewés ont été confrontés aux définitions officielles des événements indésirables fournies par différents organismes (Ministère de la Santé et Organisation Mondiale de la Santé) et par une étude publiée en décembre 2013 (Etude ESPRIT). Toutefois, en raison de l'étalement des interviews, cette dernière n'a pu être proposée aux premiers interviewés.

3.3.2.1 Réactions à la définition du Ministère de la Santé

Quelles sont les réactions des internes face à la définition du Ministère de la Santé concernant les événements indésirables « Ensemble des évènements non désirés liés aux soins » ? La codification des réactions des internes est donnée dans le Tableau 11.

Tableau 11 : Codification des réactions des internes à la définition du Ministère de la Santé

Interne	Réaction des interviewés à la définition du Ministère de la Santé
1	faut voir ce qu'ils englobent dans les soins; je suis d'accord
2	dans l'absolu oui ; assez lisse; ne se mouille pas; englobe champs très large donc besoin d'être flou
3	très large; non désirés par patient et/ou médecin; améliorations des pratiques possible; je ne sais pas s'ils prennent le soin en tant qu'action de soigner
4	ils ne se mouillent pas; c'est de la langue de bois; trop large
5	très limitante aux erreurs de diagnostic/thérapeutique; de la responsabilité du médecin
6	aspect humain/relationnel non pris en compte; ressemble à erreur médicale
7	très floue; interprétation comme on veut
8	notion de désir/ sentiment; subjectivité; coté qualitatif; restrictive
9	très large; nécessité de préciser le terme indésirable
10	très vague; non désirés par qui ? ; exacte car on peut tout mettre dedans
11	bonne définition
12	me parle bien; inclut aussi incompréhension/ conversation

L'analyse des réponses permet de repérer 6 catégories de réactions résumées dans le Tableau 12

Tableau 12 : Catégorisation des réactions des internes à la définition du Ministère de la Santé

La définition du Ministère de la Santé est :	internes	Nombre d'occurrences
peu précise	1-2-3-4-7-9-10	7
exacte	1-2-10-11-12	5
une interprétation subjective	3-7-8-10	4
limitante à l'aspect thérapeutique/diagnostique	5-6	2
avec une notion de désir gênante	8-10	2
restrictive	8	1

La réaction des internes est très contrastée à la fois exacte et floue pour certain (1)(2)(10), peut-être exacte parce que floue ! Manifestement elle ne comble sans restriction que 2 des internes interviewés (11)(12), internes ayant effectués 2 stages chez le praticien.

Il est difficile de pousser plus avant l'analyse des réponses, les réactions des internes étant en majorité défavorables : définition peu précise, subjective, limitante, restrictive avec une notion de désir gênante.

3.3.2.2 Réactions à la définition de l'OMS

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a aussi donné une définition des événements indésirables : « Incident qui entraîne une atteinte pour le patient. Atteinte découlant de ou associée à des projets formulés ou des mesures prises pendant que les soins ont été dispensés et qui ne résulte pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacente ». La codification des réactions des interviewés est donnée dans le Tableau 13. Deux internes (1) et (2) n'ont pas été confrontés à cette définition.

Tableau 13 : Codification des réactions des internes à la définition de l'OMS

Interne	Réaction des interviewés à la définition de l'OMS
1	<i>non confronté</i>
2	<i>non confronté</i>
3	uniquement pour le patient; moins précise que définition ministère
4	trop restrictive
5	peu compréhensive; semble plus globale; intègre la prise en charge globale du patient; de la responsabilité du médecin
6	prend en compte le côté relationnel/paramédical; plus vaste; plus en accord
7	compliquée dans sa formulation; plus précise
8	compliquée; que pour le patient; un peu restrictif car ce qui n'a pas été fait n'est pas abordé
9	plus complète; mais événement indésirable peut être lié à la maladie sous-jacente
10	compliquée; pas très claire; mal comprise
11	bonne définition
12	me parle bien; inclut aussi incompréhension/ conversation

Nous définirons ici aussi 6 catégories de réactions résumées dans le Tableau 19. Ces réactions ne concernent que 10 internes sur 12.

Tableau 14 : Catégorisation des réactions des internes à la définition de l'OMS

La définition de l'OMS est :	internes	Nombre d'occurrence
compliquée	5-7-8-10-12	5
restrictive	4-8-9-11	4
prévue uniquement pour le patient	3-8-12	3
plus globale	5-6-9	3
complète/précise	7-9	2
orientée vers la responsabilité du médecin	5	1

Même si la définition de l'OMS semble plus précise et globale que la définition du Ministère pour 40% des internes (5)(6)(7)(9) ayant réagi, elle est globalement insatisfaisante pour la majorité des intervie-

wés qui la trouve compliquée, restrictive et orientée uniquement vers le patient (4)(5)(7)(8)(9)(10)(11)(12).

3.3.2.3 Réactions à la définition de l'étude ESPRIT

En décembre 2013, est parue une Etude nationale en Soins PRIMaires sur les événements indésirables (ESPRIT) sous l'égide du Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA), du Réseau d'Observation des Maladies et des Epidémies (Open Rome), du réseau des Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe (GROG), et du Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Cette étude a proposé une nouvelle définition des événements indésirables : « *Evénement ou circonstance associée au soin qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné une atteinte pour le patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau* ».

La codification des réactions des interviewés est donnée dans le Tableau 15. En raison de la parution de cette définition au cours de notre étude, trois internes (1)(2) et (3) n'ont pu être confrontés à cette définition.

Tableau 15 : Codification des réactions des internes à la définition de l'étude ESPRIT

Interne	Réaction des interviewés à la définition de l'étude ESPRIT
1	<i>non confronté</i>
2	<i>non confronté</i>
3	<i>non confronté</i>
4	colle un peu plus (4)
5	aussi limitante que la définition du ministère de la santé; bien d'intégrer la notion que ça ne se reproduise pas de nouveau; du fait du médecin (5)
6	moins vaste (6)
7	claire; dire qu'on ne veut pas que ça se reproduise est important; montre l'effet indésirable sur le patient (7)
8	notion que ça ne reproduise pas est bien; médecin oublié; plutôt claire; nuisance possible dans la prise en charge; correspondrait le plus (8)
9	moins une définition qu'un projet d'avenir; c'est une volonté pour que les événements indésirables soient répertoriés; pour changer les pratiques. (9)
10	claire; assez juste; plus restreinte que la première; correspond le plus (10)
11	restrictive; correspond moins à ma vision (11)
12	très bien; pratique; correction des erreurs potentielles et passées; plus compréhensible(12)

L'analyse des réactions des interviewés confrontés à la « définition ESPRIT » (9 internes sur 12 interviewés) permet de repérer 7 catégories résumées dans le Tableau 16.

Tableau 16 : Catégorisation des réactions des internes à la définition de l'étude ESPRIT

La définition de l'étude ESPRIT :	internes	Nombre d'occurrences
est assez claire/correspond le plus	4-7-8-10-12	5
introduit la notion de non-reproduction pour les EI ce qui est important	5-7-8-9-12	5
est restrictive	5-6-10-11	4
est pour le patient	7-8	2
est pratique	12	1
est orientée vers la responsabilité du médecin	5	1
est plutôt un projet	9	1

La définition de l'étude ESPRIT semble mieux correspondre au ressenti des internes concernant les événements désirables. Sept interviewés sur neuf la trouve plus claire que les définitions précédentes et/ou apprécient qu'elle introduise la notion que les EI sont des événements que le praticien ne souhaite pas vivre de nouveau (4)(5)(7)(8)(9)(10)(12). Une petite minorité des interviewés (2 /11) trouvent que cette définition est très restrictive et ne leur convient pas (6)(11).

3.4 Réactions des internes aux vignettes cliniques décrivant des événements indésirables en situation

Afin de pouvoir analyser les réactions des internes face aux événements indésirables susceptibles de survenir en médecine de ville même chez ceux n'ayant effectué aucun stage ambulatoire, nous les avons tous confrontés à des vignettes cliniques inspirées de la vie réelle en cabinet.

Douze vignettes cliniques ont été établies après discussion avec différents praticiens et validées par notre directeur de thèse. Elles mettent en scène un médecin généraliste face à des événements indésirables potentiellement fréquents en cabinet. Ces vignettes sont présentés en Annexe 2. Le Tableau 17 résume les cas présentés et les grands thèmes d'EI auxquels ils se rattachent selon la classification de Makeham (cf. Annexe 3). Celle-ci distingue 3 grands domaines d'événements indésirables associés aux soins (EIAS) :

- 1 - erreurs de procédure de soins
- 2 - erreurs de connaissance et de compétences et mobilisation de ces connaissances/ compétences
- 3 - effets indésirables des médicaments.

Toutes les vignettes présentées font partie des EI évitables.

Tableau 17 : Liste des vignettes proposées aux internes interviewés

n° de vignette	titre	thème abordé (selon la classification de Makeham*)
1	Répondre au téléphone devant un patient	Erreurs liées à la coordination du système de soins (1.1) <i>Secret professionnel (1.1.8)</i>
2	Chute au cabinet	Erreurs liées à la coordination du système de soins (1.1) <i>Maintien d'un environnement physique sûr (1.1.6)</i>
3	Erreur de « clic »	Erreurs liées aux traitements médicamenteux (1.3) <i>Rédaction électronique ou manuscrite de la prescription (1.3.1)</i>
4	Le vaccin	Erreurs liées aux traitements non médicamenteux (1.4) <i>Processus de vaccination (1.4.1)</i>
5	Le vaccin bis	Erreurs de gestion des soins du patient (2.2) <i>Erreur de savoir-faire dans la gestion d'une vaccination (2.2.2)</i>
6	Problème de compréhension	Communication et autre processus non spécifiés (1.5) <i>Avec le patient (1.5.1)</i>
7	Visite à domicile	Erreurs liées à la coordination du système de soins (1.1) <i>Enregistrement du dossier du patient (1.1.3)</i>
8	Examens complémentaires non lus	Erreurs liées aux examens complémentaires (1.2) <i>Processus de compte-rendu ou gestion d'un compte-rendu (1.2.4)</i>
9	Interactions médicamenteuses	Erreurs de gestion des soins du patient (2.2) <i>Gestion d'un traitement médicamenteux (2.2.1)</i>
10	Allergie médicamenteuse	Erreurs de diagnostic (2.1) <i>Dans la prise des antécédents ou interrogatoire du patient (2.1.1)</i>
11	Consultation par téléphone	Erreurs liées à la coordination du système de soins (1.1) <i>Disponibilité des soins, heure, personnel inadéquat (1.1.7)</i>
12	Le confrère	Communication et autre processus non spécifiés (1.5) <i>Avec les autres soignants du système de soins (1.5.3)</i>

* les chiffres entre parenthèse renvoient à la codification de Makeham : domaine.sous-domaine.catégorie (voir Annexe 3)

Nous avons effectué une analyse de contenu des entretiens selon les méthodes de l'analyse qualitative. Pour la clarté de l'exposé et ainsi favoriser une analyse plus fine des réactions des internes nous avons effectué 3 types de catégorisations et donc de codifications :

La première s'intéresse aux ressentis intimes des internes, la deuxième traite de leur façon potentielle de gérer le cas et les préconisations qu'ils proposent pour que cet événement indésirable ne se reproduise pas. La troisième s'intéressera plus particulièrement à leur sensibilisation aux événements indésirables ainsi que leur besoin en formation.

3.4.1 Analyse du ressenti des internes face aux différents cas présentés

Dans cette partie nous nous intéressons, à partir des verbatim, aux éléments de discours des internes, concernant leur ressenti, face aux diverses situations décrites dans les vignettes.

3.4.1.1 Codification des éléments de discours concernant le ressenti des internes

Pour analyser les réactions des internes interviewés aux vignettes cliniques, nous avons noté dans chaque entretien, et vignette par vignette, les différents éléments de discours spontanément émis con-

cernant leur ressenti. Ensuite ces éléments ont été regroupés en sous-éléments puis catégorisés. Le Tableau 18 relève les expressions employées par les internes en commentant les cas auxquels ils étaient confrontés.

Tableau 18 :

Codification des éléments de langage employés par les internes concernant leur ressenti

saynète	éléments de discours du ressenti
1	Répondre au téléphone devant un patient
	pas très grave (1)(3)(4)(5)(7) - texte de loi: très grave (1) – gênant (3)(10) - on fait tous ça (3) - embarrassant (4) - en théorie: c'est grave (4) - peut arriver à tout le monde (1)(5) - délicat à gérer (5) - éthiquement difficile (5) – déstabilisant (5) - cas de force majeur (5) - ça peut nous échapper (6) - faute (4)(6) – ils ne le prennent pas trop mal (7) - assez fréquent (1)(6)(12) - peut arriver tout le temps (7)(9) - ça part tout seul (7) - tout le monde peut le comprendre (7) - moyennement grave (9)(10)(11) - déçue d'avoir rompu (9) - me sentirais un peu con (10) - récurrent (11) - plusieurs fois par jour (11) - éthiquement pas terrible (11) - douche froide (12) - très spontanée comme situation (12) - très fréquent (8)(11) - mal à l'aise(1)(7) - pourrait m'arriver (2)(9) - c'est arrivé, c'est arrivé (2) – grave (2)(6)(12) - on le regrette (12) - embêtant (1)(3)(9) - irrécupérable (1) - c'est compliqué d'éviter ces choses-là (12) - C'est une marque de non qualité (11) - c'est une bonne alarme (9)- on en apprend quelque chose pour la prochaine fois (12) - ça rompt la confiance (11) - comprennent très bien (8)(10)(12)
2	Chute au cabinet
	grave (1)(2)(3)(5)(8)(9)(10)(11)(12) - ça peut arriver(1)(2)(3)(5)(7)(9)(10) - ma faute (1)(2)(5) - ça m'affecterait (1)(9)(10) - ne pas se sentir bien (3)(8) - se sentir coupable (2) - moyen grave (4) - peut porter plainte (4)(10)(11) - pu se produire n'importe quand (4)(6) - fréquent (11) - notre responsabilité(2)(5)(9)(10)(11)(12) - sans porter la faute (5)(10) - on se remet en cause(5)(12) - on réfléchit à ne pas refaire (5) – ça s'est passé, ça s'est passé (7) - négligence (6)(7) - pas de chance (6)(10) - très mal à l'aise (6)(7)(8) - peut arriver tout le temps (7) - ne sert à rien de se culpabiliser (7) - sert de leçon (7) - choquée (12) - besoin d'en parler(1)(3)(12) - contrariée (12)- c'est pas une grave erreur 6) - gênée (9) - veiller à ce que cela ne se reproduise plus (2)- ça amène à changer les choses (12) - avouer (9) - embêtée (12) - remise en question sur le plan personnel (12)
3	Erreur de « clic »
	peut arriver (1)(2)(3)(9)(11) - pas si grave (1)(5)(8)(11) - pharmacien est là (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)(10)(11)(12) - inadvertance (2) - grave dans l'absolu (2)(5)(12) - je rigolerais (2) - notre responsabilité (2)(11) - nous est tous déjà arrivé (2)(4)(6)(7)(8) - inattention (3) - grave (2)(3)(6)(7)(9)(10)(12) - ne pas se déculpabiliser (5) - ça arrive tout le temps (9) - tous les jours (11) - patient peut comprendre (6)(8)(11) - je n'aime pas me planter (8) - aurait été gênée (9)(10)(12) - mécontente de moi (9)(11) - peur d'avoir rompu la relation (9)(10) - remet en cause ma capacité de soigner (11)(12) - ma faute (1) - besoin d'en parler(11) - peur des conséquences potentielles (12) - faire que cela ne se reproduise pas (4)(11) - très très chiant (5) - l'image que l'on doit avoir auprès des patients (10) - c'est une trace qui reste après moi (11) - grosse sécurité contre le risque médico-légal (11) - une piqure de rappel (12) - tout le monde fait des erreurs (6)
4	Le vaccin
	dur d'avouer (1)(10) - peu grave (4)(5)(7)(9)(11)(12) - pas beaucoup de conséquences (2)(10)(12) - peut arriver (3)(5)(11)(12) - erreur(3)(10) - permet d'apprendre (3) - espérer pas de plainte (4) - n'entame pas la confiance (5)(7) - peu d'incidence sur moi (5) - mal à l'aise (6)(7)(8) - étourderie (7) - ne pas culpabiliser (7) - trop la honte (10)(11) - ça me gêne (9) - fréquent (8)(11) - remise en question professionnelle (2)(11) - ça m'est déjà arrivé (8) - c'est fait, c'est fait (10) - passer pour un blaireau (11) - faute (11) - responsabilité (11)

saynète	éléments de discours du ressenti
5	Le vaccin bis
	besoin d'en parler (10) - embêtant (9)(11) - peu grave (2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)(11) - moyenne grave (10)(12) - fréquent (3)(4)(5) - pas de remise en question (2) - mal à l'aise (7) - situation réversible (7) - pas d'impact sur moi (8) - ça m'est déjà arrivé (1)(10) - ça me perturbe un peu (10) - potentiellement inévitable (11) - perte de confiance de la mère (12) - impact pendant quelques temps (12) - besoin d'en parler (6)(9) - changement de comportement en fonction des conséquences (12) - grave si tout le vaccin (11) - quand les gens ont confiance, on arrive à garder (5) - j'améliore mes connaissances (9) - qu'est-ce que la mère va penser ? (12)
6	Problème de compréhension
	fréquent (1)(3)(4)(9)(11) - grave (1)(2)(3)(5)(6)(8)(9)(10)(11)(12) - ça retombe sur nous (1) - mauvais soins (1)(5) - m'est déjà arrivé (11) - pas de mauvaises intentions (2) - malentendu (3) - moyen grave (4)(6)(7) - s'en vouloir (5) - ça arrive (3) - se remettre en question professionnellement (5)(6)(7) - ça a un impact (6) - remise en question perso (6) - torts partagés (1)(8)(9)(10)(12) pour qu'il ne se reproduise pas (9) - peu d'impact (1)(8)(10) - besoin d'en parler (7)(9) - pas vraiment d'événement indésirable (12) - sans en rajouter dans les excuses (3) - on ne peut pas le prendre par la main (4) - les choses évoluent comme elles évoluent (5) - de toutes façons, on en est là (10) - c'est lui qui a choisi de ne pas y aller (6) - notre responsabilité (11)
7	Visite à domicile
	peut se reproduire (1)(12) - heureusement entouré présent/patient attentif (6)(8)(10)(11)(12) - pas de conséquences (12) - moyen grave (2)(11) - patients peuvent comprendre (4)(12) - perte de confiance de la patiente/l'entourage (10)(11) - inattention (4)(7)(9) - ça peut arriver (3)(11) - fréquent (5)(6)(9)(11) - grave (5)(6)(7)(8)(9) - pas admissible (5) - mal fait mon boulot(5)(6)(7)(8)(9) - pas glorieuse (6)(8)(10) - culpabilité (5)(7) (10) - remise en question professionnelle (7)(11)(12) - pas d'impact psy (9) - peu grave (1)(3)(4)(12) - difficile de reconnaître ses erreurs (12) - amélioration des pratiques possible (10)(11)(12) - la famille ne cherche pas de noises (4) - faute (6) - embêtant (7) - c'est toujours mieux de trouver un autre fautif que soi (10)
8	Examens complémentaires non lus
	faute (1) - ça nous retombe dessus (1) - assez grave/grave (2)(5)(6)(7)(8)(9)(10)(11) - besoin d'en parler (1) - responsabilité du patient (2)(3)(4)(8)(9)(10) - importance du lien avec ses patients (11) - fréquent (4) - pas d'événement indésirable (4)(12) - remise en question professionnelle (5)(6)(8)(11) - mauvais soins (5) - manque de conscience professionnelle (5)(6) - mauvais médecin (5)(6)(7) - culpabilisation (6)(7)(8)(9) - remise en cause personnelle (8) - notre responsabilité (10) - mal à l'aise (1)
9	Interactions médicamenteuses
	fréquent (1)(8)(11) - peu grave (1)(5)(9) - se rendre compte des difficultés avec stage en ville (1) - ça arrive (10) - grave (2)(3)(5)(6)(7)(8)(9)(10)(12) - difficile de s'excuser (3)(10) - difficile de reconnaître ses erreurs (3)(5)(10) - ne pas trop culpabiliser (3) - remise en question professionnelle (6)(7)(8)(10)(12) - impact sur moi limité (5)(6)(8)(11) - ça aurait pu m'arriver (6) - réversible (7) - les patients, ils feront toujours confiance (3) - besoin d'en parler (7) - difficile à éviter (5)(8)(12) - mauvais médecin (4) - mal à l'aise (9)(10) - notre responsabilité (11) - difficile de montrer ses doutes (12) - impossible de tout connaître (4) - on n'est pas obligé de s'étendre (4) - je m'autoflagelle (4) - coupable (9) - un petit avertissement (6) - les moyens pour que je ne refasse pas la même erreur (9) - les pharmaciens ont des logiciels (8) - ça m'embêterais (12) - risque de perdre du crédit (4)
10	Allergie médicamenteuse
	fréquent (1)(11) - culpabilisation (2)(8)(9) - grave (2)(3)(4)(6)(7)(8)(9)(10)(11)(12) - modification des pratiques (6)(7)(9)(10)(11) - heureusement présence du pharmacien (3)(4)(6)(8)(9)(10)(12) - patients peuvent comprendre (5) - pas grave (5) - négligence (6) - difficile de limiter ce risque (5) - impact modéré (6) - remise en question professionnelle (7)(11) - mal à l'aise (10)(12) - faute (3)(4)(6)(10) - responsabilité (10) - ça m'atteint (8)(10) - c'est aussi à eux de mettre des alertes (2)(8) - c'est aux patients de savoir (5) - je me sens très con vis à vis du pharmacien (10)

saynète	éléments de discours du ressenti
11	Consultation par téléphone
	évolution imprévisible (1)(5)(8)(9)(12) - on est fautif (1)(2) - culpabilisation (1)(2) - grave (1)(2)(4)(7)(9)(10)(11) - besoin de parler (3) - peur de la plainte (4)(10)(11) - bonne gestion (5) - se poser des questions sur la situation (5) - ça m'aurait mis un coup au moral (6) - pas d'événement indésirable (8) - peu d'impact psy (8)(11) - ne pas avouer (10) - notre responsabilité (10) - fréquente(11) - se dédouaner (12) - on se décrédibiliserait (1) - ça c'est du vécu (5) - ça arrive (11) - je ne reviendrais pas forcément sur l'événement (12)
12	Le confrère
	patient responsable de sa santé (1)(2)(3)(5)(11) - remise en question professionnelle (1) - besoin d'en parler (1)(6)(7)(11) - moyen grave (2)(7) - notre responsabilité (4)(6)(10) - très grave (6)(9)(11) - impact fort sur pratique (6) - mauvaise prise en charge (6) - grosse faute (6)(10) - manque de conscience professionnelle (6) - très mal à l'aise (6) - ça a un impact sur moi (6)(7)(12) - grave (1)(5)(10) - peu d'impact (8) - culpabilisation (6)(7)(9) - modifications des pratiques (11) - responsabilité partagée (10)(12) - mauvaise conscience (1)(8) - qu'il ne porte pas plainte (4)(6) - en minimisant le fait qu'on était au courant (5) - je ne vais pas lui dire (6) - on ne peut pas courir après tous les patients (8) - peur d'être jugé par nos confrères (11)

3.4.1.2 Catégorisation des éléments de discours concernant le ressenti des internes

L'étape suivante a été de classer les éléments de langage relevés dans le Tableau 25 en catégories et sous catégories selon l'approche de l'analyse qualitative en progressant par approximations successives. Cette catégorisation a été effectuée sur l'ensemble des éléments de codification relevés dans chacune des vignettes afin d'aboutir à une grille d'analyse identique pour toutes les vignettes cliniques.

3.4.1.2.1 Catégorisation des éléments de discours caractérisant la gravité de la situation présentée

Ce domaine était l'objet dans les interviews d'une question fermée ou semi-fermée, dans la mesure où l'interviewer demandait si l'interne jugeait la situation « grave », « pas grave » ou « moyen grave ». Mais ensuite l'interviewé pouvait développer sa réponse et préciser sa pensée, ce qui justifie le processus de catégorisation au-delà des éléments de codes ci-dessus (Tableau 19).

Tableau 19 : Catégorisation des codes concernant la gravité de l'EI présenté

catégorie	Catégorisation des éléments de langage dans le domaine de la gravité de la situation*
1	Grave
	grave (1.2)(1.6)(1.12)(2.1)(2.2)(2.3)(2.5)(2.8)(2.9)(2.10)(2.11)(2.12)(3.2)(3.3)(3.6)(3.7)(3.9)(3.10)(3.12) (6.1)(6.2)(6.3)(6.5)(6.6)(6.8)(6.9)(6.10)(6.11)(6.12)(7.5)(7.6)(7.7)(7.8)(7.9)(9.2)(9.3)(9.5)(9.6)(9.7)(9.8)(9.9)(9.10)(9.12)(10.2)(10.3)(10.4)(10.6)(10.7)(10.8)(10.9)(10.10)(10.11)(10.12)(11.1)(11.2)(11.4)(11.7)(11.9)(11.10)(11.11)(12.1)(12.5)(12.10) - grave si tout le vaccin (5.11) - assez grave/grave (8.2)(8.5)(8.6)(8.7)(8.8)(8.9)(8.10)(8.11) - très grave (12.6)(12.9)(12.11)

catégorie	Catégorisation des éléments de langage dans le domaine de la gravité de la situation*
2	Moyen grave
	moyennement grave (1.8)(1.9)(1.10)(1.11)(5.10)(5.12) - moyen grave (2.4)(6.4)(6.6)(6.7)(7.2)(7.11)(12.2)(12.7) - pas si grave (3.1)(3.5)(3.8)(3.11) - pas beaucoup de conséquences (4.2)(4.10)(4.12)
3	Peu/pas grave
	pas très grave (1.1)(1.4)(1.3)(1.5)(1.7) - c'est pas une grave erreur (2.6) - peu grave (4.4)(4.5)(4.7)(4.9)(4.11)(4.12)(5.2)(5.3)(5.4)(5.5)(5.6)(5.7)(5.8)(5.9)(5.11)(7.3)(7.4)(7.12)(9.1)(9.5)(9.9) - pas de conséquences (7.12) - pas très très grave (7.1) - pas grave (10.5)
4	Théoriquement grave
	texte de loi : très grave (1.1) - en théorie: grave (1.4) - éthiquement difficile (1.5) - éthiquement pas terrible (1.11) - grave dans l'absolu (3.2)(3.5)(3.12) -

* la référence des éléments de code est donnée sous la forme (n° vignette.interne)

3.4.1.2.2 Catégorisation des éléments de discours reliés au domaine professionnel

Le Tableau 20 relève tous les éléments de codes dans les verbatim des internes ayant trait au domaine professionnel

Tableau 20 : Catégorisation des codes concernant le domaine professionnel

catégorie	Catégorisation des éléments de langage dans le domaine professionnel*
5	Fierté professionnelle
	je n'aime pas me planter (3.8) - l'image que l'on doit avoir auprès des patients (3.10) - c'est une trace qui reste après moi (3.11) - dur d'avouer (4.1)(4.10) - passer pour un blaireau (4.11) - qu'est-ce que la mère va penser? (5.12) - sans en rajouter dans les excuses (6.3) - pas admissible (7.5) - c'est toujours bien de trouver un autre fautif que soi (7.10) - difficile de reconnaître ses erreurs (7.12) - passer pour un médecin bas de gamme (8.6) - difficile de s'excuser (9.3)(9.10) - difficile de montrer ses doutes (9.12) - difficile de reconnaître ses erreurs (9.3)(9.5)(9.10) - on n'est pas obligé de s'étendre (9.4) - je me sens très con vis à vis du pharmacien (10.10) - on se décrédibiliserait (11.1) - ne pas avouer (11.10) - je ne reviendrais pas forcément sur l'événement (11.12) - en minimisant le fait qu'on était au courant (12.5) - je ne vais pas lui dire (12.6) - peur d'être jugé (12.11)
6	Remise en question professionnelle
	c'est une marque de non-qualité (1.11) - on se remet en cause (2.5)(2.12) - remet en cause ma capacité de soigner (3.11)(3.12) - remise en question professionnelle (4.2)(4.11) - mauvais soins (6.1)(6.5) - se remettre en question pro (6.5)(6.6)(6.7) - mal fait mon boulot (7.5)(7.6)(7.7)(7.8)(7.9) - remise en question pro (7.7)(7.11)(7.12) - remise en question pro (8.5)(8.6)(8.8)(8.11) - mauvais soins (8.5) - manque de conscience pro (8.5)(8.6) - mauvais médecin (8.5)(8.6)(8.7) - mauvais médecin (9.4) - remise en question pro (9.6)(9.7)(9.8)(9.10)(9.12) - remise en question pro (10.7)(10.11) - se poser des questions sur la situation (11.5) - remise en question pro (12.1) - impact fort sur pratique (12.6) - mauvaise prise en charge (12.6) - manque de conscience pro (12.6)
7	Relation rompue
	ça rompt la confiance (1.11) - peur d'avoir rompu la relation (3.9)(3.10) - perte de confiance de la mère (5.12) - perte de confiance de la patiente/l'entourage (7.10)(7.11) - mauvais médecin (9.4)

catégorie	Catégorisation des éléments de langage dans le domaine professionnel*
8	Compréhension patient
	comprennent très bien (1.8)(1.10)(1.12) - patient peut comprendre (3.6)(3.8)(3.11) - n'entame pas le confiance (4.5)(4.7) - quand les gens ont confiance, on arrive à garder (5.5) - patients peuvent comprendre (7.4)(7.12) - importance du lien avec ses patients (8.11) - les patients, ils feront toujours confiance (9.3) - patients peuvent comprendre (10.5)
9	Amélioration des compétences
	c'est une bonne alarme (1.9) - on en apprend quelque chose pour la prochaine fois (1.12) - veiller à ce que cela ne se reproduise plus (2.2) - on réfléchit à ne pas refaire (2.5) - sert de leçon (2.7) - ça amène à changer les choses (12) - faire que cela ne se reproduise pas (3.4)(3.11) - ça me mettrait une pique de rappel (3.12) - permet d'apprendre (4.3) - j'améliore mes connaissances en posant des questions (5.9) - changement de comportement en fonction des conséquences (5.12) - pour qu'il ne se reproduise pas (6.9) - amélioration des pratiques possible (7.10)(7.11)(7.12) - un petit avertissement (9.6) - les moyens pour que je ne refasse pas la même erreur (9.9) - modification des pratiques (10.6)(10.7)(10.9)(10.10)(10.11) - modifications des pratiques (12.11)

* la référence des éléments de code est donnée sous la forme (n° vignette.interne)

3.4.1.2.3 Catégorisation des éléments de discours reliés au domaine psychologique

Les internes ont exposés les problèmes psychologiques personnels éventuels que ces événements indésirables potentiels pourraient leur poser s'ils se réalisaient dans leur vie professionnelle. Ces éléments sont catégorisés dans le Tableau 21.

Tableau 21 : Catégorisation des codes concernant le domaine psychologique

catégorie	Catégorisation des éléments de langage dans le domaine psychologique*
10	Gêne
	gênant (1.3)(1.10) - embarrassant (1.4) - mal à l'aise(1.1)(1.7)(8.1)(9.9)(9.10)(10.10) (10.12) (4.6)(4.7)(4.8)(5.7) - me sentirais un peu con (1.10) - embêtant (1.1)(1.3)(1.9) - très mal à l'aise (2.6)(2.7)(2.8) - je serais gênée (2.9) - embêtée (2.12) - très très chiant (3.5) - aurait été gênée (3.9)(3.10)(3.12) - trop la honte (4.10)(4.11) - ça me gêne (4.9) - embêtant (5.9)(5.11)(7.7)(8.7)(8.11) - pas glorieuse (7.6)(7.8)(7.10) - ça m'embêterais (9.12) - très mal à l'aise (12.6)
11	Besoin d'en parler
	besoin d'en parler (2.1)(2.3)(2.12)(5.6)(5.9)(5.11)(6.7)(6.9)(8.1)(9.7)(12.1)(12.6)(12.7) (12.11) - en parler autour de soi (3.11) - en parler aux amis (4.10)
12	Culpabilité
	faute (1.4)(1.6)(4.11)(7.6)(8.1)(10.3)(10.4)(10.6)(10.10) - ma faute (2.1)(2.2)(2.5) - se sentir coupable (2.2) - ne sert à rien de se culpabiliser (2.7) - avouer (2.9) - de ma faute (3.1) - ne pas se déculpabiliser (3.5) - s'en vouloir (6.5) - culpabilité(7.5)(7.7)(7.10) - culpabilisation (8.6)(8.7)(8.8) (8.9)(10.2)(10.8)(10.9)(11.1)(11.2)(12.6)(12.7)(12.9) - ne pas trop culpabiliser (9.3) - c'est ma faute (9.6) - je m'autoflagelle (9.4) - coupable (9.9) - on est fautif (11.1)(11.2) - se dédouaner (11.12) - grosse faute (12.6)(12.10) - mauvaise conscience (12.1)(12.8)

catégorie	Catégorisation des éléments de langage dans le domaine psychologique*
13	Stress psychique
	déstabilisant (1.5) - déçue d'avoir rompu (1.9) - douche froide (1.12) - ça m'affecterait (2.1)(2.9)(2.10) - ne pas se sentir bien (2.3)(2.8) - choquée (2.12) - contrariée (2.12) - mécontente de moi (3.9)(3.11) - peur des conséquences potentielles (3.12) - ça a un impact (6.6) - ça m'atteint (10.8)(10.10) - ça m'aurait mis un coup au moral (11.6) -
15	Remise en question personnelle
	remise en question sur le plan personnel (2.12) - remise en question perso (6.6)(8.8) - ça a un impact sur moi (12.6)(12.7)(12.12)
15	Peu ou pas d'impact
	je rigolerais (3.2) - peu d'incidence sur moi (4.5) - ne pas culpabiliser (4.7) - pas de remise en question (5.2) - pas d'impact sur moi (5.8) - ça me perturbe un peu (5.10) - impact pendant quelques temps (5.12) - peu d'impact (6.1)(6.8)(6.10) - pas d'impact psy (7.9) (11.8)(11.11) - impact sur moi limité (9.5)(9.6)(9.8)(9.11) - impact modéré (10.6) - peu d'impact (12.8)

* la référence des éléments de code est donnée sous la forme (n° vignette.interne)

3.4.1.2.4 Catégorisation des éléments de discours appartenant au domaine médico-légal

Pour certains cas d'événements indésirables, les internes ont évoqués la peur de la plainte et la responsabilité juridique du médecin face aux plaintes possibles de ses patients. Ces éléments de discours sont catégorisés dans le Tableau 22.

Tableau 22 : Catégorisation des codes concernant le domaine médico-légal

catégorie	Catégorisation des éléments de langage dans le domaine médico-légal*
16	Pas d'évènement indésirable
	pas d'évènement indésirable (6.12)(8.4)(8.12)(11.8)
17	Peur de la plainte
	peut porter plainte (2.4)(2.10)(2.11) - grosse sécurité contre le risque médico-légal (3.11) - espérer pas de plainte (4.4) - ça retombe sur nous (6.1) - la famille ne cherche pas des noises (7.4) - ça nous retombe dessus (8.1) - peur de la plainte (11.4)(11.10)(11.11) - qu'il ne porte pas plainte (12.4)(12.6)
18	Responsabilité du médecin
	notre responsabilité(2.2)(2.5)(2.9)(2.10)(2.11)(2.12)(3.2)(3.11)(6.11)(8.10)(9.11)(11.10) (12.4)(12.6)(12.10) - responsabilité (4.11)(10.10)

* la référence des éléments de code est donnée sous la forme (n° vignette.interne)

3.4.1.2.5 Catégorisation des éléments de discours appartenant au domaine relationnel ou psychosocial

Les vignettes cliniques ont fait prendre conscience aux internes de situations indésirables déjà vécues mais jusqu'à présent non conscientisées. Ils ont aussi fait part de l'importance du relationnel entre les

divers acteurs de santé. Nous avons présenté dans le Tableau 23 ces divers éléments qui appartiennent à ce que nous avons appelé le domaine relationnel ou psychosocial.

Tableau 23: Catégorisation des codes concernant le domaine relationnel ou psychosocial

catégorie	Catégorisation des éléments de langage dans le domaine relationnel ou psychosocial*
19	Identification possible au cas
	on fait tous ça (1.3)(1.11) - peut arriver à tout le monde (1.1) (1.5) - ça peut nous échapper(1.6) - tout le monde peut le comprendre (1.7) - ça part tout seul (1.7) - très spontanée comme situation (1.12) - pourrait m'arriver(1.2)(1.9) - ça peut arriver(2.1)(2.2)(2.3)(2.5)(2.7)(2.9)(2.10)(4.3)(4.5)(4.11)(4.12)(7.3)(7.11) - peut arriver(3.1)(3.2)(3.3)(3.9)(3.11) - ça nous ait tous déjà arrivé (3.2)(3.4)(3.6)(3.7)(3.8) - ça m'est déjà arrivé (4.8)(5.1)(5.10)(6.11) - ça arrive (6.3)(9.10)(11.11) - peut se reproduire (7.1)(7.12) - je comprends (8.1) - je m'en suis surtout rendue compte depuis mon stage en ville (9.1) - ça aurait pu m'arriver (9.6) - ça s'est du vécu (11.5)
20	Fréquence élevée
	assez fréquent (1.1)(1.6)(1.12) - peut arriver tout le temps (1.7)(1.9)(2.7) - récurrente (1.11) - plusieurs fois par jours (1.11) - très fréquent (1.8)(1.11) - fréquent (2.11)(4.8) (4.11)(5.3)(5.4)(5.5)(6.1)(6.3)(6.4)(6.9)(6.11)(7.5)(7.6)(7.9)(7.11)(8.4)(9.1)(9.8)(9.11)(10.1)(10.11)(11.11) - ça arrive quasiment tout le temps (3.9) - tous les jours (3.11)
21	Part de responsabilité du patient
	torts partagés(6.1)(6.8)(6.9)(6.10)(6.12) - on ne peut pas le prendre par la main (6.4) - c'est lui qui a choisi de ne pas y aller (6.6) - responsabilité du patient (8.2)(8.3)(8.4)(8.8)(8.9)(8.10) - c'est aussi à eux de mettre des alertes (10.2)(10.8) - c'est aux patients de savoir (10.5) - patient responsable de sa santé (12.1)(12.2)(12.3)(12.4)(12.5)(12.11) - responsabilité partagée (12.10)(12.12) - on ne peut pas courir après tous les patients (12.8)
22	Conscience des autres contrôles
	pharmacien est là (3.1)(3.2)(3.3)(3.4)(3.5)(3.6)(3.7)(3.8)(3.9)(3.10)(3.11)(3.12) - heureusement entouré présent/patient attentif (7.6)(7.8)(7.10)(7.11)(7.12) - les pharmaciens aussi ont des logiciels (9.8) - heureusement présence du pharmacien (10.3)(10.4)(10.6)(10.8)(10.9)(10.10)(10.12)
23	Fatalisme
	irré récupérable (1.1) - c'est arrivé, c'est arrivé (1.2)(1.11) - c'est compliqué d'éviter ces choses-là (1.12) - pu se produire n'importe quand (2.4)(2.6) - ça s'est passé, ça s'est passé (2.7) - pas de chance (2.6)(2.10) - tout le monde fait des erreurs (3.6) - c'est fait, c'est fait (4.10) - potentiellement inévitable (5.11) - les choses évoluent comme elles évoluent (6.5) - de toute façon on en est là (6.10) - le mal est fait (8.10) - impossible de tout connaître (9.4) - difficile à éviter (9.5)(9.8)(9.12) - difficile de limiter ce risque (10.5) - évolution imprévisible (11.1)(11.5)(11.8)(11.9)(11.12)

* la référence des éléments de code est donnée sous la forme (n°vignette.interne)

3.4.1.3 Analyse globale du ressenti des internes face aux EI présentés

Les réponses des internes face aux cas d'EI présentés ont été analysées pour chaque vignette à l'aide de la grille de lecture définie au paragraphe 3.4.1.2 par domaines et par catégories (5 domaines et 23 catégories). Ceci permet d'avoir pour chaque cas une typologie du ressenti des internes.

3.4.1.3.1 Récapitulation globale de l'analyse du ressenti des internes cas par cas par la grille catégorielle définie

Le Tableau 24 donne le nombre de réponses des internes par catégorie et le pourcentage de réponses dans chaque catégorie par rapport au nombre d'internes interviewés (12). La distinction des réponses entre sous-groupes (nombre de stages chez le praticien et sensibilisation ou non aux événements indésirables) est également donnée en valeur brute. Ces données complémentaires seront exploitées dans les prochains paragraphes.

Tableau 24 : Analyse du ressenti des internes face aux EI par catégories et par domaines

EI	domaine	catégorie	interne	Nombre de réponses en % des interviewés		nombre des réponses dans les sous-groupes « stages chez le praticien »			nombre de réponses sous-groupes « formation »	
				total	%	0	1	2	sans	avec
1	Gravité de l'EI	grave	(2)(6)(12)	3	25%	1	1	1	2	1
		moyen grave	(8)(9)(10)(11)	4	33%	1	0	3	1	3
		peu/pas grave	(1)(3)(4)(5)(7)	5	42%	1	4	0	3	2
		théoriquement grave	(1)(4)(5)(11)	4	33%	1	2	1	2	2
	Domaine professionnel	Fierté professionnelle		0	0%	0	0	0	0	0
		Remise en question professionnelle	(11)	1	8%	0	0	1	0	1
		Relation rompue	(11)	1	8%	0	0	1	0	1
		Compréhension patient	(7)(8)(10)(12)	4	33%	0	1	3	3	1
		Amélioration des compétences	(9)(12)	2	17%	1	0	1	1	1
	Domaine psychologique	Gêne	(1)(3)(4)(7)(9)(10)	6	50%	2	3	1	3	3
		Besoin d'en parler		0	0%	0	0	0	0	0
		Culpabilité	(4)(6)	2	17%	2	0	0	2	0
		Stress psychique	(5)(9)(12)	3	25%	1	1	1	1	2
		Remise en question personnelle		0	0%	0	0	0	0	0
		Peu ou pas d'impact		0	0%	0	0	0	0	0
	Domaine médico-légal	Pas d'évènement indésirable		0	0%	0	0	0	0	0
		Peur de la plainte		0	0%	0	0	0	0	0
		Responsabilité du médecin		0	0%	0	0	0	0	0
	Domaine relationnel ou psychosocial	Identification possible au cas	(1)(2)(3)(5)(6)(7)(9)(11)(12)	9	75%	2	5	2	4	5
		Fréquence élevée	(1)(6)(7)(8)(9)(11)(12)	7	58%	2	2	3	5	2
Part de responsabilité du patient			0	0%	0	0	0	0	0	
Conscience des autres contrôles			0	0%	0	0	0	0	0	
Fatalisme		(1)(2)(11)(12)	4	33%	0	2	2	2	2	
2	Gravité de l'EI	grave	(1)(2)(3)(5)(8)(9)(10)(11)(12)	9	75%	1	4	4	3	6
		moyen grave	(4)	1	8%	1	0	0	1	0
		peu/pas grave	(6)	1	8%	1	0	0	1	0
		théoriquement grave		0	0%	0	0	0	0	0
	Domaine	Fierté professionnelle		0	0%	0	0	0	0	0

EI	domaine	catégorie	interne	Nombre de réponses en % des interviewés		nombre des réponses dans les sous-groupes « stages chez le praticien »			nombre de réponses sous-groupes « formation »		
				total	%	0	1	2	sans	avec	
	professionnel	Remise en question professionnelle	(5)(12)	2	17%	0	1	1	1	1	
		Relation rompue		0	0%	0	0	0	0	0	
		Compréhension patient		0	0%	0	0	0	0	0	
		Amélioration des compétences	(2)(5)(7)(12)	4	33%	0	3	1	2	2	
	Domaine psychologique	Gêne	(6)(7)(8)(9)(12)	5	42%	2	1	2	4	1	
		Besoin d'en parler	(1)(3)(12)	3	25%	0	2	1	2	1	
		Culpabilité	(1)(2)(5)(7)(9)	5	42%	1	4	0	2	3	
		Stress psychique	(1)(3)(8)(9)(10)(12)	6	50%	1	2	3	3	3	
		Remise en question personnelle	(12)	1	8%	0	0	1	1	0	
		Peu ou pas d'impact		0	0%	0	0	0	0	0	
	Domaine médico-légal	Pas d'évènement indésirable		0	0%	0	0	0	0	0	
		Peur de la plainte	(4)(10)(11)	3	25%	1	0	2	1	2	
		Responsabilité du médecin	(2)(5)(9)(10)(11)(12)	6	50%	1	2	3	1	5	
	Domaine relationnel ou psychosocial	Identification possible au cas	(1)(2)(3)(5)(7)(9)(10)	7	58%	1	5	1	2	5	
		Fréquence élevée	(7)(11)	2	17%	0	1	1	1	1	
		Part de responsabilité du patient		0	0%	0	0	0	0	0	
		Conscience des autres contrôles		0	0%	0	0	0	0	0	
		Fatalisme	(4)(6)(7)(10)	4	33%	2	1	1	3	1	
	3	Gravité de l'EI	grave	(2)(3)(6)(7)(9)(10)(12)	7	58%	2	3	2	3	4
			moyen grave	(1)(5)(8)(11)	4	33%	0	2	2	2	2
peu/pas grave				0	0%	0	0	0	0	0	
théoriquement grave			(2)(5)(12)	3	25%	0	2	1	1	2	
Domaine professionnel		Fierté professionnelle	(8)(10)(11)	3	25%	0	0	3	1	2	
		Remise en question professionnelle	(11)(12)	2	17%	0	0	2	1	1	
		Relation rompue	(9)(10)	2	17%	1	0	1	0	2	
		Compréhension patient	(6)(8)(11)	3	25%	1	0	2	2	1	
		Amélioration des compétences	(4)(11)(12)	3	25%	1	0	2	2	1	
Domaine psychologique		Gêne	(5)(9)(10)(12)	4	33%	1	1	2	1	3	
		Besoin d'en parler	(11)	1	8%	0	0	1	0	1	
		Culpabilité	(1)(5)	2	17%	0	2	0	1	1	
		Stress psychique	(9)(11)(12)	3	25%	1	0	2	1	2	
		Remise en question personnelle		0	0%	0	0	0	0	0	
		Peu ou pas d'impact	(2)	1	8%	0	1	0	0	1	
Domaine médico-légal		Pas d'évènement indésirable		0	1%	0	0	0	0	0	
		Peur de la plainte	(11)	1	8%	0	0	1	0	1	
		Responsabilité du médecin	(2)(11)	2	17%	0	1	1	0	2	
Domaine relationnel ou psychosocial		Identification possible au cas	(1)(2)(3)(4)(6)(7)(8)(9)(11)	9	75%	3	4	2	5	4	
		Fréquence élevée	(9)(11)	2	17%	1	0	1	0	2	
	Part de responsabilité du patient		0	0%	0	0	0	0	0		
	Conscience des autres contrôles	(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)(10)	12	100%	3	5	4	6	6		

EI	domaine	catégorie	interne	Nombre de réponses en % des interviewés		nombre des réponses dans les sous-groupes « stages chez le praticien »			nombre de réponses sous-groupes « formation »	
				total	%	0	1	2	sans	avec
4			(11)(12)							
		Fatalisme	(6)	1	8%	1	0	0	1	0
	Gravité de l'EI	grave		0	0%	0	0	0	0	0
		moyen grave	(2)(10)(12)	3	25%	0	1	2	1	2
		peu/pas grave	(4)(5)(7)(9)(11)(12)	6	50%	2	2	2	3	3
		théoriquement grave		0	0%	0	0	0	0	0
	Domaine professionnel	Fierté professionnelle	(1)(10)(11)	3	25%	0	1	2	1	2
		Remise en question professionnelle	(2)(11)	2	17%	0	1	1	0	2
		Relation rompue		0	0%	0	0	0	0	0
		Compréhension patient	(5)(7)	2	17%	0	2	0	1	1
		Amélioration des compétences	(3)	1	8%	0	1	0	0	1
	Domaine psychologique	Gêne	(6)(7)(8)(9)(10)(11)	6	50%	2	1	3	3	3
		Besoin d'en parler	(10)	1	8%	0	0	1	0	1
		Culpabilité	(11)	1	8%	0	0	1	0	1
		Stress psychique		0	0%	0	0	0	0	0
		Remise en question personnelle		0	0%	0	0	0	0	0
		Peu ou pas d'impact	(5)(7)	2	17%	0	2	0	1	1
	Domaine médico-légal	Pas d'évènement indésirable		0	0%	0	0	0	0	0
		Peur de la plainte	(4)	1	8%	1	0	0	1	0
		Responsabilité du médecin	(11)	1	8%	0	0	1	0	1
Domaine relationnel ou psychosocial	Identification possible au cas	(3)(5)(8)(11)(12)	5	42%	0	2	3	2	3	
	Fréquence élevée	(8)(11)	2	17%	0	0	2	1	1	
	Part de responsabilité du patient		0	0%	0	0	0	0	0	
	Conscience des autres contrôles		0	0%	0	0	0	0	0	
	Fatalisme	(10)	1	8%	0	0	1	0	1	
5	Gravité de l'EI	grave	(11)	1	8%	0	0	1	0	1
		moyen grave	(10)(12)	2	17%	0	0	2	1	1
		peu/pas grave	(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)(11)	9	75%	3	4	2	4	5
		théoriquement grave		0	0%	0	0	0	0	0
	Domaine professionnel	Fierté professionnelle	(12)	1	8%	0	0	1	1	0
		Remise en question professionnelle		0	0%	0	0	0	0	0
		Relation rompue	(12)	1	8%	0	0	1	1	0
		Compréhension patient	(5)	1	8%	0	1	0	0	1
		Amélioration des compétences	(9)(12)	2	17%	1	0	1	1	1
	Domaine psychologique	Gêne	(7)(9)(11)	3	25%	1	1	1	1	2
		Besoin d'en parler	(6)(9)(11)	3	25%	2	0	1	1	2
		Culpabilité		0	0%	0	0	0	0	0
		Stress psychique		0	0%	0	0	0	0	0
		Remise en question personnelle		0	0%	0	0	0	0	0
		Peu ou pas d'impact	(2)(8)(10)(12)	4	33%	0	1	3	2	2
	Domaine	Pas d'évènement indésirable		0	0%	0	0	0	0	0

EI	domaine	catégorie	interne	Nombre de réponses en % des interviewés		nombre des réponses dans les sous-groupes « stages chez le praticien »			nombre de réponses sous-groupes « formation »	
				total	%	0	1	2	sans	avec
	médico-légal	Peur de la plainte		0	0%	0	0	0	0	0
		Responsabilité du médecin		0	0%	0	0	0	0	0
	Domaine relationnel ou psychosocial	Identification possible au cas	(1)(10)	2	17%	0	1	1	1	1
		Fréquence élevée	(3)(4)(5)	3	25%	1	2	0	1	2
		Part de responsabilité du patient		0	0%	0	0	0	0	0
		Conscience des autres contrôles		0	0%	0	0	0	0	0
		Fatalisme	(11)	1	8%	0	0	1	0	1
6	Gravité de l'EI	grave	(1)(2)(3)(5)(6)(8)(9)(10)(11)(12)	10	83%	2	4	4	4	6
		moyen grave	(4)(6)(7)	3	25%	2	1	0	3	0
		peu/pas grave		0	0%	0	0	0	0	0
		théoriquement grave		0	0%	0	0	0	0	0
	Domaine professionnel	Fierté professionnelle	(3)	1	8%	0	1	0	0	1
		Remise en question professionnelle	(1)(5)(6)(7)	4	33%	1	3	0	3	1
		Relation rompue		0	0%	0	0	0	0	0
		Compréhension patient		0	0%	0	0	0	0	0
		Amélioration des compétences	(9)	1	8%	1	0	0	0	1
	Domaine psychologique	Gêne		0	0%	0	0	0	0	0
		Besoin d'en parler	(7)(9)	2	17%	1	1	0	1	1
		Culpabilité	(5)	1	8%	0	1	0	0	1
		Stress psychique	(6)	1	8%	1	0	0	1	0
		Remise en question personnelle	(6)	1	8%	1	0	0	1	0
		Peu ou pas d'impact	(1)(8)(10)	3	25%	0	1	2	2	1
	Domaine médico-légal	Pas d'évènement indésirable	(12)	1	8%	0	0	1	1	0
		Peur de la plainte	(1)	1	8%	0	1	0	1	0
		Responsabilité du médecin	(11)	1	8%	0	0	1	0	1
	Domaine relationnel ou psychosocial	Identification possible au cas	(3)(11)	2	17%	0	1	1	0	2
		Fréquence élevée	(1)(3)(4)(9)(11)	5	42%	2	2	1	2	3
		Part de responsabilité du patient	(1)(4)(6)(8)(9)(10)(12)	7	58%	3	1	3	5	2
Conscience des autres contrôles			0	0%	0	0	0	0	0	
Fatalisme		(5)(10)	2	17%	0	1	1	0	1	
7	Gravité de l'EI	grave	(5)(6)(7)(8)(9)	5	42%	2	2	1	3	2
		moyen grave	(2)(11)	2	17%	0	1	1	0	2
		peu/pas grave	(1)(3)(4)(12)	4	33%	1	2	1	3	1
		théoriquement grave		0	0%	0	0	0	0	0
	Domaine professionnel	Fierté professionnelle	(5)(10)(12)	3	25%	0	1	2	1	2
		Remise en question professionnelle	(5)(6)(7)(8)(9)(11)(12)	7	58%	2	2	3	4	3
		Relation rompue	(10)(11)	2	17%	0	0	2	0	2
		Compréhension patient	(4)(12)	2	17%	1	0	1	2	0
		Amélioration des compétences	(10)(11)(12)	3	25%	0	0	3	1	2
	Domaine psycholo-	Gêne	(6)(7)(8)(10)	4	33%	1	1	2	3	1
		Besoin d'en parler		0	0%	0	0	0	0	0

EI	domaine	catégorie	interne	Nombre de réponses en % des interviewés		nombre des réponses dans les sous-groupes « stages chez le praticien »			nombre de réponses sous-groupes « formation »		
				total	%	0	1	2	sans	avec	
8	gigue	Culpabilité	(5)(6)(7)(10)	4	33%	1	2	1	2	2	
		Stress psychique		0	0%	0	0	0	0	0	
		Remise en question personnelle		0	0%	0	0	0	0	0	
		Peu ou pas d'impact	(9)	1	8%	1	0	0	0	1	
	Domaine médico-légal	Pas d'évènement indésirable		0	0%	0	0	0	0	0	
		Peur de la plainte	(4)	1	8%	1	0	0	1	0	
		Responsabilité du médecin		0	0%	0	0	0	0	0	
	Domaine relationnel ou psychosocial	Identification possible au cas	(1)(3)(11)(12)	4	33%	0	2	2	2	2	
		Fréquence élevée	(5)(6)(9)(11)	4	33%	2	1	1	1	3	
		Part de responsabilité du patient		0	0%	0	0	0	0	0	
		Conscience des autres contrôles	(6)(8)(10)(11)(12)	5	42%	1	0	4	3	2	
		Fatalisme		0	0%	0	0	0	0	0	
	8	Gravité de l'EI	grave	(2)(5)(6)(7)(8)(9)(10)(11)	8	67%	2	3	3	3	5
			moyen grave		0	0%	0	0	0	0	0
			peu/pas grave		0	0%	0	0	0	0	0
théoriquement grave				0	0%	0	0	0	0	0	
Domaine professionnel		Fierté professionnelle	(6)	1	8%	1	0	0	1	0	
		Remise en question professionnelle	(5)(6)(7)(8)(11)	5	42%	1	2	2	3	2	
		Relation rompue		0	0%	0	0	0	0	0	
		Compréhension patient	(11)	1	8%	0	0	1	0	1	
		Amélioration des compétences		0	0%	0	0	0	0	0	
Domaine psychologique		Gêne	(1)(7)(11)	3	25%	0	2	1	2	1	
		Besoin d'en parler	(1)	1	8%	0	1	0	1	0	
		Culpabilité	(1)(6)(7)(8)(9)	5	42%	2	2	1	4	1	
		Stress psychique		0	0%	0	0	0	0	0	
		Remise en question personnelle	(8)	1	8%	0	0	1	1	0	
	Peu ou pas d'impact		0	0%	0	0	0	0	0		
Domaine médico-légal	Pas d'évènement indésirable	(4)(12)	2	17%	1	0	1	2	0		
	Peur de la plainte	(1)	1	8%	0	1	0	1	0		
	Responsabilité du médecin	(10)	1	8%	0	0	1	0	1		
Domaine relationnel ou psychosocial	Identification possible au cas	(1)	1	8%	0	1	0	1	0		
	Fréquence élevée	(4)	1	8%	1	0	0	1	0		
	Part de responsabilité du patient	(2)(3)(4)(8)(9)(10)	6	50%	2	2	2	2	4		
	Conscience des autres contrôles		0	0%	0	0	0	0	0		
	Fatalisme	(10)	1	8%	0	0	1	0	1		
9	Gravité de l'EI	grave	(2)(3)(5)(6)(7)(8)(9)(10)(11)(12)	10	83%	2	4	4	4	6	
		moyen grave		0	0%	0	0	0	0	0	
		peu/pas grave	(1)(5)(9)	3	25%	1	2	0	1	2	
		théoriquement grave		0	0%	0	0	0	0	0	
	Domaine profession-	Fierté professionnelle	(3)(4)(5)(10)(12)	5	42%	1	2	2	2	3	

EI	domaine	catégorie	interne	Nombre de réponses en % des interviewés		nombre des réponses dans les sous-groupes « stages chez le praticien »			nombre de réponses sous-groupes « formation »		
				total	%	0	1	2	sans	avec	
	nel	Remise en question professionnelle	(4)(6)(7)(8)(10)(12)	6	50%	2	1	3	5	1	
		Relation rompue	(4)	1	8%	1	0	0	1	0	
		Compréhension patient	(3)	1	8%	0	1	0	0	1	
		Amélioration des compétences	(6)(9)	2	17%	2	0	0	1	1	
	Domaine psychologique	Gêne	(9)(10)(12)	3	25%	1	0	2	1	2	
		Besoin d'en parler	(7)	1	8%	0	1	0	1	0	
		Culpabilité	(3)(4)(6)(9)	4	33%	3	1	0	2	2	
		Stress psychique		0	0%	0	0	0	0	0	
		Remise en question personnelle		0	0%	0	0	0	0	0	
		Peu ou pas d'impact	(5)(6)(8)(11)	4	33%	1	1	2	2	2	
	Domaine médico-légal	Pas d'évènement indésirable		0	0%	0	0	0	0	0	
		Peur de la plainte		0	0%	0	0	0	0	0	
		Responsabilité du médecin	(11)	1	8%	0	0	1	0	1	
	Domaine relationnel ou psychosocial	Identification possible au cas	(1)(6)(10)	3	25%	1	1	1	2	1	
		Fréquence élevée	(1)(8)(11)	3	25%	0	1	2	2	1	
		Part de responsabilité du patient		0	0%	0	0	0	0	0	
		Conscience des autres contrôles	(8)	1	8%	0	0	1	1	0	
		Fatalisme	(4)(5)(8)(12)	4	33%	1	1	2	3	1	
	10	Gravité de l'EI	grave	(2)(3)(4)(6)(7)(8)(9)(10)(11)(12)	10	83%	3	3	4	5	5
			moyen grave		0	0%	0	0	0	0	0
peu/pas grave			(5)	1	8%	0	1	0	0	1	
théoriquement grave				0	0%	0	0	0	0	0	
Domaine professionnel		Fierté professionnelle	(10)	1	8%	0	0	1	0	1	
		Remise en question professionnelle	(7)(11)	2	17%	0	1	1	1	1	
		Relation rompue		0	0%	0	0	0	0	0	
		Compréhension patient	(5)	1	8%	0	1	0	0	1	
		Amélioration des compétences	(6)(7)(9)(10)(11)	5	42%	2	1	2	2	3	
Domaine psychologique		Gêne	(10)(12)	2	17%	0	0	2	1	1	
		Besoin d'en parler		0	0%	0	0	0	0	0	
		Culpabilité	(2)(3)(4)(6)(8)(9)(10)	7	58%	3	2	2	3	4	
		Stress psychique	(8)(10)	2	17%	0	0	2	1	1	
		Remise en question personnelle		0	0%	0	0	0	0	0	
		Peu ou pas d'impact	(6)	1	8%	1	0	0	1	0	
Domaine médico-légal		Pas d'évènement indésirable		0	0%	0	0	0	0	0	
		Peur de la plainte		0	0%	0	0	0	0	0	
		Responsabilité du médecin	(10)	1	8%	0	0	1	0	1	
Domaine relationnel ou psychosocial		Identification possible au cas		0	0%	0	0	0	0	0	
		Fréquence élevée	(1)(11)	2	17%	0	1	1	1	1	
	Part de responsabilité du patient	(2)(5)(8)	3	25%	0	2	1	1	2		
	Conscience des autres contrôles	(3)(4)(6)(8)(9)(10)(12)	7	58%	3	1	3	4	3		

EI	domaine	catégorie	interne	Nombre de réponses en % des interviewés		nombre des réponses dans les sous-groupes « stages chez le praticien »			nombre de réponses sous-groupes « formation »	
				total	%	0	1	2	sans	avec
		Fatalisme	(5)	1	8%	0	1	0	0	1
11	Gravité de l'EI	grave	(1)(2)(4)(7)(9)(10)(11)	7	58%	2	3	2	3	4
		moyen grave		0	0%	0	0	0	0	0
		peu/pas grave		0	0%	0	0	0	0	0
		théoriquement grave		0	0%	0	0	0	0	0
	Domaine professionnel	Fierté professionnelle	(1)(10)(12)	3	25%	0	1	2	2	1
		Remise en question professionnelle	(5)	1	8%	0	1	0	0	1
		Relation rompue		0	0%	0	0	0	0	0
		Compréhension patient		0	0%	0	0	0	0	0
		Amélioration des compétences		0	0%	0	0	0	0	0
	Domaine psychologique	Gêne		0	0%	0	0	0	0	0
		Besoin d'en parler		0	0%	0	0	0	0	0
		Culpabilité	(1)(2)(12)	3	25%	0	2	1	2	1
		Stress psychique	(6)	1	8%	1	0	0	1	0
		Remise en question personnelle		0	0%	0	0	0	0	0
		Peu ou pas d'impact	(8)(11)	2	17%	0	0	2	1	1
	Domaine médico-légal	Pas d'évènement indésirable	(8)	1	8%	0	0	1	1	0
		Peur de la plainte	(4)(10)(11)	3	25%	1	0	2	1	2
Responsabilité du médecin		(10)	1	8%	0	0	1	0	1	
Domaine relationnel ou psychosocial	Identification possible au cas	(5)(11)	2	17%	0	1	1	0	2	
	Fréquence élevée	(11)	1	8%	0	0	1	0	1	
	Part de responsabilité du patient		0	0%	0	0	0	0	0	
	Conscience des autres contrôles		0	0%	0	0	0	0	0	
	Fatalisme	(1)(5)(8)(9)(12)	5	42%	1	2	2	3	2	
12	Gravité de l'EI	grave	(1)(5)(6)(9)(10)(11)	6	50%	2	2	2	2	4
		moyen grave	(2)(7)	2	17%	0	2	0	1	1
		peu/pas grave		0	0%	0	0	0	0	0
		théoriquement grave		0	0%	0	0	0	0	0
	Domaine professionnel	Fierté professionnelle	(5)(6)(11)	3	25%	1	1	1	1	2
		Remise en question professionnelle	(1)(6)	2	17%	1	1	0	2	0
		Relation rompue		0	0%	0	0	0	0	0
		Compréhension patient		0	0%	0	0	0	0	0
		Amélioration des compétences	(11)	1	8%	0	0	1	0	1
	Domaine psychologique	Gêne	(6)	1	8%	1	0	0	1	0
		Besoin d'en parler	(1)(6)(7)(11)	4	33%	1	2	1	3	1
		Culpabilité	(1)(6)(7)(8)(9)(10)	6	50%	2	2	2	4	2
		Stress psychique		0	0%	0	0	0	0	0
		Remise en question personnelle	(6)(7)(12)	3	25%	1	1	1	3	0
		Peu ou pas d'impact	(8)	1	8%	0	0	1	1	0
Domaine médico-légal	Pas d'évènement indésirable		0	0%	0	0	0	0	0	
	Peur de la plainte	(4)(6)	2	17%	2	0	0	2	0	
	Responsabilité du médecin	(4)(6)(10)	3	25%	2	0	1	2	1	

EI	domaine	catégorie	interne	Nombre de réponses en % des interviewés		nombre des réponses dans les sous-groupes « stages chez le praticien »			nombre de réponses sous-groupes « formation »	
				total	%	0	1	2	sans	avec
	Domaine relationnel ou psychosocial	Identification possible au cas		0	0%	0	0	0	0	0
		Fréquence élevée		0	0%	0	0	0	0	0
		Part de responsabilité du patient	(1)(2)(3)(4)(5) (8)(10)(11)(12)	9	75%	1	4	4	4	5
		Conscience des autres contrôles		0	0%	0	0	0	0	0
		Fatalisme		0	0%	0	0	0	0	0

3.4.1.4 Analyse globale du ressenti des internes selon les différents domaines en fonction du nombre de stages ambulatoires réalisés

Au paragraphe 3.2.5 nous avons défini des sous-groupes pour analyser une évolution des connaissances des internes de médecine générale au cours de leur DES vis-à-vis de la sécurité du patient au cabinet. La première grille pertinente d'analyse est celle en fonction du nombre de stages chez le praticien que nous allons maintenant utiliser (cf. Tableau 5). Les effectifs de ces sous-groupes sont respectivement de 3 (0 stage), 5 (1 stage) et 4 internes (2 stages).

3.4.1.4.1 Analyse de la gravité de l'événement indésirable selon les internes

La question leur ayant été posée directement, nous commencerons par analyser le ressenti des internes concernant la gravité de la situation présentée. Les réponses des internes sont comptabilisées en fonction de l'appartenance de l'interne à l'un des sous-groupes « stage chez le praticien » à partir du Tableau 24 du § 3.4.1.3.1. Le Tableau 25 présente les résultats obtenus.

Tableau 25 : Répartition des occurrences selon les sous-groupes "stages chez le praticien" et les catégories relevant du domaine "Gravité de l'EI"

catégorie	Nombre d'occurrences selon l'appartenance de l'interne à l'un des sous-groupes « nombre de stages chez le praticien » (nombre d'internes dans le sous-groupe)			occurrences par catégorie nombre total
	0 stage (3 internes)	1 stage (5 internes)	2 stages (4 internes)	
grave	19	29	28	76
moyen grave	4	7	10	21
pas grave	9	15	5	29
théoriquement grave	1	4	2	7
nombre total d'occurrences dans le domaine « gravité de l'EI »	33	55	45	133

La gravité de la situation a été évoquée 133 fois par le groupe d'internes.

La répartition des évocations du champ lexical de la gravité par les internes interrogés reflète surtout la différence de nombre d'internes entre les différents sous-groupes. Ceci peut révéler le fait que la question sur la gravité de l'EI était posée de manière directe au cours de l'entretien.

On peut remarquer que la relativisation de la gravité d'un événement indésirable (catégorie « moyen grave ») augmente en fonction du nombre de stages ambulatoires réalisés.

3.4.1.4.2 Analyse des incidences théoriques potentielles dans le domaine professionnel envisagées par les internes lors de la présentation des différents cas

Plusieurs catégories dans le ressenti des internes face aux cas d'EI relèvent du domaine professionnel (cf. § 3.4.1.2.2). Comme pour le Tableau 25 les réponses sont comptabilisées globalement pour tous les EI présentés mais selon l'appartenance de l'interne à l'un des sous-groupes « nombre de stages chez le praticien ». Ces résultats sont présentés dans le Tableau 26.

Tableau 26 : Répartition des occurrences selon les sous-groupes "stages chez le praticien" et les catégories relevant du domaine professionnel

catégorie	Nombre d'occurrences selon l'appartenance de l'interne à l'un des sous-groupes « nombre de stages chez le praticien » (nombre d'internes dans le sous-groupe)			occurrences par catégorie
	0 stage (3 internes)	1 stage (5 internes)	2 stages (4 internes)	nombre total
fierté professionnelle	3	7	14	24
remise en question professionnelle	7	13	14	34
relation avec le patient rompue	2	0	5	7
compréhension du patient	2	6	7	15
amélioration des compétences	8	5	11	24
nombre total de réponses dans le domaine « professionnel »	22	31	51	104

Le domaine professionnel a été cité 104 fois au cours des interviews.

On remarque une progression dans l'évocation du domaine professionnel au sein des verbatim en fonction du nombre de stages ambulatoires réalisés.

Le domaine professionnel est très prégnant dans le discours des internes ayant réalisé deux stages ambulatoires. Leur sentiment de fierté professionnelle paraît plus développé par rapport à celui des autres internes interrogés. Cela semble induire une remise en question professionnelle plus fréquente. Cette dernière apparaît, néanmoins, constructive puisqu'ils ont été plus nombreux à aborder la sous-catégorie de l'amélioration des compétences.

3.4.1.4.3 Analyse des répercussions envisagées dans le domaine psychologique par les internes confrontés à ces différents EI

Nous avons vu au paragraphe 3.4.1.2.3 la catégorisation des éléments de discours concernant les problèmes psychologiques personnels éventuels que ces événements indésirables potentiels pourraient leur poser s'ils se réalisaient dans leur vie professionnelle. Le Tableau 27 récapitule la totalité des réponses des internes aux cas d'EI présentés selon l'appartenance de l'interne à l'un des sous-groupes « nombre de stages chez le praticien ».

Tableau 27 : Répartition des occurrences selon les sous-groupes "stages chez le praticien" et les catégories relevant du domaine psychologique

catégorie	Nombre d'occurrences selon l'appartenance de l'interne à l'un des sous-groupes « nombre de stages chez le praticien » (nombre d'internes dans le sous-groupe)			occurrences par catégorie
	0 stage (3 internes)	1 stage (5 internes)	2 stages (4 internes)	nombre total
Gêne vis à vis du patient	11	10	16	37
besoin d'en parler	4	7	5	16
culpabilité	14	18	8	40
Stress psychique	5	3	8	16
remise en question personnelle	2	1	3	6
peu d'impact	3	6	10	19
nombre total de réponses dans le domaine « psychologique »	39	45	50	134

Le nombre total d'occurrence pour le domaine psychologique est de 134 fois.

Il semble que pour ces 12 internes interrogés l'impact psychologique d'un événement indésirable soit plus important au fur et à mesure que leur expérience en ambulatoire augmente. Cette observation est

à mettre en relation avec les résultats concernant le domaine professionnel (cf § 3.4.1.4.2 & Tableau 26).

Il est important aussi de souligner que la relativisation d'un événement indésirable (catégorie « peu d'impact ») semble, dans ce groupe, être corrélée au nombre de stages ambulatoires réalisés.

3.4.1.4.4 Analyse des craintes exprimées par les internes dans le domaine médico-légal lors de la présentation des différents EI

A partir des éléments de discours et des catégorisations effectuées au paragraphe 3.4.1.2.4 dans le domaine médico-légal, reprenons les analyses selon les sous-groupes auxquels appartiennent les internes ayant exprimés une opinion dans ce domaine. Les résultats sont récapitulés dans le Tableau 28.

Tableau 28 : Répartition des occurrences selon les sous-groupes "stages chez le praticien" et les catégories relevant du domaine médico-légal

catégorie	Nombre d'occurrences selon l'appartenance de l'interne à l'un des sous-groupes « nombre de stages chez le praticien » (nombre d'internes dans le sous-groupe)			occurrences par catégorie
	0 stage (3 internes)	1 stage (5 internes)	2 stages (4 internes)	nombre total
absence d'EI	1	0	3	4
peur de la plainte	6	2	5	13
responsabilité du médecin	3	3	11	17
nombre total d'occurrences dans le domaine « médico-légal »	10	5	19	34

Le champ lexical du domaine médico-légal n'a été évoqué que 34 fois dans l'ensemble des verbatim.

Dans ce domaine, on n'observe pas de progression en fonction des stages réalisés.

Par contre, la peur de la plainte semble plus forte chez les internes n'ayant pas fait de stage ambulatoire. Le sentiment de responsabilité du médecin dans l'apparition des EI semble plus développé dans le sous-groupe d'interne ayant réalisé 2 stages ambulatoires.

3.4.1.4.5 Analyse des réflexions des internes dans le domaine relationnel ou psychosocial à la suite de la présentation des cas d'EI

Le tableau 29 récapitule les totalités des réponses des internes en fonction des catégories dans le domaine relationnel ou psycho-social analysé et catégorisé au paragraphe 3.4.1.2.5.

Tableau 29 : Répartition des occurrences selon les sous-groupes "stages chez le praticien" et les catégories relevant du domaine relationnel ou psycho-social

catégorie	Nombre d'occurrences selon l'appartenance de l'interne à l'un des sous-groupes « nombre de stages chez le praticien » (nombre d'internes dans le sous-groupe)			occurrences par catégorie
	0 stage (3 internes)	1 stage (5 internes)	2 stages (4 internes)	nombre total
identification au cas	7	23	14	44
fréquence de l'EI élevée	9	10	13	32
responsabilité du patient	6	9	9	24
conscience des autres contrôles	7	6	12	25
fatalisme	5	8	10	23
nombre total d'occurrences dans le domaine « relationnel ou psycho-social »	34	56	58	148

Le domaine psycho-social a été cité 148 fois au cours des interviews.

Il semble que pour ce groupe d'internes interrogés, la préoccupation concernant le domaine psycho-social soit surtout dépendante de la réalisation ou non d'un stage ambulatoire puisque la différence d'évocation de ce domaine se situe entre la classe d'internes « 0 stage » et celle ayant réalisé 1 stage ambulatoire.

3.4.1.5 Analyse globale dans les différents domaines du ressenti des internes en fonction de leur sensibilisation aux EI

La seconde grille pertinente d'analyse a été définie au paragraphe 3.2.4 en fonction de l'existence ou non d'une sensibilisation aux événements indésirables au cours du cursus des internes interviewés. Chaque sous-groupe comporte 6 internes ce qui élimine tout biais lié à l'effectif. Nous reprenons l'analyse des différents domaines selon cette autre approche.

3.4.1.5.1 La gravité de la situation présentée

Le Tableau 30 présente les résultats obtenus pour ce domaine avec ces sous-groupes.

Tableau 30 : Répartition des occurrences selon les sous-groupes "sensibilisation aux EI" et les catégories relevant du domaine "Gravité de l'EI"

catégories	Nombre total d'occurrences selon l'appartenance de l'interne à l'un des sous-groupes « sensibilisation aux EI » (nombre d'internes dans le sous-groupe)	
	Sans sensibilisation (6 internes)	Avec sensibilisation (6 internes)
grave	32	44
Moyen grave	10	11
Peu grave	15	14
Théoriquement grave	3	4
Nombre total d'occurrences dans le domaine « gravité de l'EI »	60	73

Il est étonnant de constater que la gravité de la situation semble plus souvent évoquée par le groupe d'internes ayant reçu une sensibilisation. En effet, on aurait pu s'attendre à avoir une plus grande modulation dans les réponses de ce groupe d'internes. Pour ce type d'évolution au cours du cursus, les résultats diffèrent de ceux obtenus avec les autres sous-groupes (cf. § 3.4.1.4.1).

3.4.1.5.2 Le domaine professionnel

Tableau 31 : Répartition des occurrences selon les sous-groupes "sensibilisation aux EI" et les catégories relevant du domaine professionnel

catégorie	Nombre total d'occurrences selon l'appartenance de l'interne à l'un des sous-groupes « sensibilisation aux EI » (nombre d'internes dans le sous-groupe)	
	Sans sensibilisation (6 internes)	Avec sensibilisation (6 internes)
Fierté professionnelle	10	14
Remise en question professionnelle	20	14
Rupture de la relation avec le patient	2	5
Compréhension du patient	8	7
Amélioration des compétences	10	14
nombre total de réponses dans le domaine « professionnel »	50	54

Pour ce groupe d'internes interrogés, l'évocation du domaine professionnel dans leur verbatim est globalement semblable qu'ils aient eu ou non une sensibilisation aux EI. Cependant les internes « non sensibilisés » sont plus enclins à un questionnement d'ordre professionnel. Les internes « sensibilisés » sont plus portés à évoquer la « fierté professionnelle », la « rupture de la relation avec le patient » et la nécessité d'« améliorer leur compétences ». Ce résultat est à comparer avec celui présenté au § 3.4.1.4.2.

3.4.1.5.3 Le domaine psychologique

Le Tableau 32 présente les résultats obtenus pour ce domaine avec ces 2 sous-groupes.

Tableau 32 : Répartition des occurrences selon les sous-groupes "sensibilisation aux EI" et les catégories relevant du domaine psychologique

catégorie	Nombre total d'occurrences selon l'appartenance de l'interne à l'un des sous-groupes « sensibilisation aux EI » (nombre d'internes dans le sous-groupe)	
	Sans sensibilisation (6 internes)	Avec sensibilisation (6 internes)
Gêne	20	19
Besoin d'en parler	9	7
Culpabilité	22	18
Stress	8	8
Remise en question personnelle	6	0
Peu d'impact	10	8
nombre total de réponses dans le domaine « psychologique »	75	60

Il semble que l'impact du domaine psychologique dans le verbatim des internes est moindre chez ceux ayant suivi une sensibilisation. De plus, il est important de souligner qu'aucun interne ayant été « sensibilisé » n'évoque la sous-catégorie « remise en question personnelle » dans son verbatim. Ce résultat est à comparer avec celui présenté au § 3.4.1.4.3.

3.4.1.5.4 Le domaine médico-légal

Tableau 33 : Répartition des occurrences selon les sous-groupes "sensibilisation aux EI" et les catégories relevant du domaine médico-légal

catégories	Nombre total d'occurrences selon l'appartenance de l'interne à l'un des sous-groupes « sensibilisation aux EI » (nombre d'internes dans le sous-groupe)	
	Sans sensibilisation (6 internes)	Avec sensibilisation (6 internes)
Pas d'EI	4	0
Peur de la plainte	7	5
Responsabilité du médecin	3	14
nombre total d'occurrences dans le domaine « médico-légal »	14	19

Il ne semble pas apparaître globalement de réelles différences dans le nombre d'occurrences pour ce domaine. Néanmoins, il est important de souligner qu'aucun interne sensibilisé n'évoque l'absence d'EI,

et que la responsabilité du médecin dans l'arrivée de l'EI est clairement présente dans le discours des internes ayant eu une sensibilisation.

3.4.1.5.5 Le domaine psycho-social

Tableau 34 : Répartition des occurrences selon les sous-groupes "sensibilisation aux EI" et les catégories relevant du domaine relationnel ou psycho-social

Catégories	Nombre total d'occurrences selon l'appartenance de l'interne à l'un des sous-groupes « sensibilisation aux EI » (nombre d'internes dans le sous-groupe)	
	Sans sensibilisation (6 internes)	Avec sensibilisation (6 internes)
Identification au cas présenté	19	25
Fréquence élevée	15	17
Part de responsabilité du patient	7	8
Conscience des autres contrôles	9	6
fatalisme	12	12
nombre total d'occurrences dans le domaine « relationnel ou psycho-social »	62	68

Bien que le nombre d'occurrences pour ce domaine entre les deux classes d'internes est très proche, on peut remarquer que l'identification au cas présenté semble plus forte chez les internes ayant été sensibilisés aux EI.

3.4.2 Analyse des modes de gestion des différents cas par les internes et de leurs propositions d'amélioration

Dans cette partie nous nous intéressons, à partir des verbatim, aux éléments de discours des internes concernant leur mode de gestion potentielle de la situation théorique présentée dans les vignettes cliniques et leurs propositions pour que les événements indésirables décrits ne se produisent pas dans leur cabinet.

3.4.2.1 Codification des éléments de discours des internes concernant la gestion des cas et les propositions d'amélioration

Les mêmes méthodes de codification et de catégorisation que celles appliquées au paragraphe 3.4.1 ont été appliquées à ce nouveau champ d'analyse.

Le Tableau 35 relève les expressions employées par les internes répondant aux questions correspondant à leur manière de gérer le cas présenté et aux moyens à mettre en œuvre pour éviter la récurrence de ce type d'événement indésirable.

Tableau 35 :

Codification des éléments de langage employés par les internes pour la gestion de l'EI et les changements à apporter pour éviter la récurrence

vignette	éléments de discours de la gestion du cas et des améliorations à apporter
1	Répondre au téléphone devant un patient
	bien garder son ordi tourné vers soi (1) - regarder le dossier discrètement (1) - ne pas citer le nom (1)(2)(4)(6)(11)(12) - s'isoler (4)(5)(7)(9) - rappeler le médecin (3)(9) s'excuser (7)(8)(9)(11) - être franc (5)(7)(11)(12) - expliquer au patient en face (4) - donner des informations anonymes (6) - former les externes (6) - faire sortir le patient (7)(9) - lui dire de contacter la famille (5) - prévenir la famille (7) - désinvestir le patient (8) - anticiper l'arrivée des patients aux urgences (8) - prendre des nouvelles de la dame (10) - demander de garder ça pour lui (11)(12) - verbaliser (12)
2	Chute au cabinet
	s'excuser (1)(2)(3)(5)(6)(8) - assurer les soins (2)(4)(6)(9) - secrétariat téléphonique (3)(4)(8) - table d'examen réglable (9)(8)(12) - aider lors des transferts (8)(9)(10)(11)(12) - expliquer (1)(7) - ne pas se précipiter sur le téléphone (1)(2)(5)(7) - marches plus stables (1) - réexaminer la patiente (2)(5)(7)(8)(10)(11) - prendre des nouvelles (2) - finir ce que l'on fait (3) - attendre que la patiente soit en sécurité (3)(5) - rassurer (5)(11) - pas de téléphone pendant les consultations (8)(10) - dédramatiser (10) - ergonomie du cabinet (11)(12)
3	Erreur de « clic »
	s'excuser (1)(5)(6)(7)(8)(9)(10) - expliquer la situation (1)(4)(5)(6)(7)(8)(10)(11) - ordonnances types (4) - prendre de bons logiciels informatiques (4)(5)(6)(9) - éviter le burn out (4)(6) - relire l'ordonnance (1)(2)(3)(5)(7)(9)(10)(11)(12) - expliquer l'ordonnance (3)(5)(9)(10)(11) - prescrire en DCI (5) - ritualiser (11)
4	Le vaccin
	s'excuser (1)(2)(3)(4)(6)(7)(9)(10) - expliquer à la maman (3)(4)(6)(7)(9)(10)(11)(12) - refaire le vaccin (3)(4)(9)(10) - signaler au fabricant (4) - expliquer à l'enfant (9) - ritualiser (9)(10)(11) - prescrire (1)(2)(5)(7)(11) - faire attention (1) - rassurer (2) - lui dire de revenir (1)(2)(5)(7)(11) - faire attention (1) - rassurer (2) - lui dire de revenir (1)(2)(5)(7)(11) - ne pas faire payer (5)(7)(10) - installer un coin pour les enfants (8) - voir les enfants un par un (8) - être un peu autoritaire (8) - dédramatiser (12)
5	Le vaccin bis
	s'excuser (4) - réexpliquer le maintien (1)(4)(5)(10)(12) - ne pas refaire si petite quantité(6)(10)(12) - refaire si totalité (5)(7)(8) - expliquer la situation (3)(5)(6)(7) - expliquer la situation (3)(5)(6)(7) - dédramatiser (12) - demander conseil à un confrère (4)(9)(11) - prendre son temps (9) - ne pas le dire si petite quantité (1)(5)(8)(10) - rassurer (2)(3)(8) - déculpabiliser la mère (3) - prévention de la douleur (5)(8)

vignette	éléments de discours de la gestion du cas et des améliorations à apporter
6	Problème de compréhension
	interprétariat téléphonique (4)(8) - joindre l'entourage (1)(2)(3)(4)(6)(9)(10)(12) - s'assurer de la compréhension (2)(5)(6)(7) - vérifier son passage aux urgences (1)(5)(10)(11) - faire un courrier (8)(9)(10) - essayer de comprendre ce qu'il s'est passé (7)(9) - s'excuser (2)(8) - donner des consignes écrites (9) - vérifier le moyen de transport (1) - expliquer la situation (8)
7	Visite à domicile
	s'excuser (2)(3)(4)(6)(8) - ordinateur portable (2)(4)(12) - relire le dossier avant la visite (1)(5)(6)(10)(12) - emporter le dossier (6)(11) - réévaluer le traitement (7)(8)(9)(11) - envoi de l'ordonnance (9) - cahier de suivi (1) - expliquer la situation (1)(2)(8)(11)(12) - rassurer (2) - remplir le dossier après la visite (5) - relire l'ordonnance avec le patient (7) - pas de visite à domicile (8)
8	Examens complémentaires non lus
	les appeler (4)(6)(8)(9)(11) - redonner un RDV dès la première consultation (6)(11) - prévoir un temps dans la journée pour les résultats (7)(8)(9)(10) - regarder les résultats tous les jours (7)(11) - noter les choses à ne pas oublier (1)(8)(10) - s'excuser (1) - demander des explications au patient (2) - ne pas s'excuser (2)(3)(10) - expliquer les risques (2) - avoir les numéros de téléphone à jour (10)
9	Interactions médicamenteuses
	logiciel informatique performant (4)(5)(7)(8)(10)(11) - expliquer la situation (1)(2)(3)(4)(6)(7)(8)(9) - s'excuser (2)(4) - vérifier les interactions dans le Vidal pour les pathologies chroniques (2)(4)(7)(9) - rassurer (6) - relire l'ordonnance avec patiente (1)(7) - avertir patiente (1)(5)(11) - nécessité de se former en continu (10)(11)(12) - je ne m'excuse pas (10)
10	Allergie médicamenteuse
	actualiser le dossier médical (1)(2)(4)(6)(7)(10) - s'excuser (1)(2)(4) - éducation thérapeutique de la patiente (2)(3)(8)(9)(11)(12) - travailler les mécanismes de sécurité (2)(11) - essayer de comprendre la situation (3)(6)(7) - remercier le pharmacien (4) - expliquer la situation (5)(6)(11) - vérifier pour les médicaments gros pourvoyeurs d'allergies (5)(6) - expliquer l'ordonnance au patient (7)(8)(11) - interrogatoire systématique à chaque consultation (9)(10)(11)(12)
11	Consultation par téléphone
	éduquer la patiente sur les signes d'aggravation (1)(2)(3)(5)(6)(7)(10)(12) - essayer de comprendre la situation (1)(3) - pas de consultation par téléphone (2)(3)(4)(5)(6)(8)(9)(10) - orienter vers quelqu'un d'autre (4)(6)(10) - expliquer la situation (5)(6)(9) - prendre des notes sur avis tel (10)(11) - vérifier le niveau de compréhension (12)
12	Le confrère
	noter les choses à ne pas oublier (1)(10)(11) - essayer de comprendre la situation (2)(3)(4)(5)(6)(7)(10)(12) - baliser les prises de RDV pour le patient (2)(3)(4)(5)(7)(9)(10)(12) - contacter le patient (4)(5)(6)(9)(10) - je m'excuse (9) - repenser son organisation (10)(11) - faire un courrier pour les autres intervenants (12)

3.4.2.2 Catégorisations des réponses des internes aux vignettes cliniques concernant la gestion des cas et les propositions d'améliorations

Nous avons effectué cette catégorisation afin de montrer que les internes trouvent facilement des réponses tant sur le plan de gestion de l'événement indésirable que sur les moyens nécessaires pour éviter la récurrence des événements indésirables dès lors qu'ils y sont confrontés de manière théorique. Pour faciliter les référencements dans la discussion, nous reprenons la numérotation des catégories à la suite du Tableau 23 du paragraphe 3.4.1.2.5. Les catégories repérées suites à la codification sont ensuite regroupées en grands domaines

3.4.2.2.1 Catégorisation des éléments de discours liés à la gestion potentielle des cas d'EI

Le Tableau 36 est établi à partir du tableau précédent (Tableau 35) et présente les éléments de langage concernant la gestion de l'événement indésirable. Beaucoup d'éléments de langage sont identiques entre les vignettes et les internes. Dans ce cas nous indiquons entre parenthèse le nombre d'occurrences.

Tableau 36 : Catégorisation des codes concernant la gestion immédiate de l'EI

catégorie*	Catégorisation des éléments de discours liés à la gestion potentielle de l'EI par les internes**
24	Action directe pour modifier la situation
	prévenir la famille - désinvestir le patient - lui dire de contacter la famille - prendre des nouvelles de la dame (x2) - assurer les soins (x4) - réexaminer la patiente (x6) - refaire le vaccin (x7) - re-prescrire (x5) - lui dire de revenir (x5) - ne pas faire payer (x3) - ne pas refaire si petite quantité (x3) - envoi de l'ordonnance - les appeler (x5) - orienter vers quelqu'un d'autre (x3)
25	S'excuser
	je m'excuse (x40)
26	Ne pas s'excuser
	je ne m'excuse pas (x4)
27	Comprendre ce qui a mené à la situation
	pour savoir si effectivement il n'avait rien compris - je lui demanderais "mais pourquoi vous n'êtes pas partis aux urgences?" - je cherche à comprendre pourquoi je n'ai pas vu les résultats - j'essaie de comprendre (x3) - "qu'est-ce que j'ai fait de mal? qu'est-ce que je n'ai pas fait?" - je la questionnerais sur comment il était la nuit d'avant - pour parler de la situation après coup - je lui demande ce qu'il s'est passé - pour comprendre pourquoi il n'est pas venu - je vais voir ce qu'il a compris - peut-être lui demander pourquoi il n'a pas fait les examens
29	Expliquer au patient la situation actuelle
	être franc (x5) - expliquer au patient en face - demander de garder ça pour lui (x2) - verbaliser - je lui expliquerais (x17) - j'expliquerais à la maman (x9) - j'expliquerais à l'enfant - déjà expliquer - il faut lui expliquer - je lui dirais (x8) - j'assume - en toute transparence - dire les choses honnêtement

catégorie*	Catégorisation des éléments de discours liés à la gestion potentielle de l'EI par les internes**
30	Rassurer
	dédramatiser (x3) - rassurer (x8) - déculpabiliser la mère

* la numérotation des catégories continue celle du Tableau 23 (§ 3.4.1.2.5)

** le nombre d'occurrences des termes employés est indiqué entre parenthèses

Pour gérer la situation, les internes proposent principalement de s'excuser et d'expliquer, de rassurer et de refaire l'examen ou l'acte,

3.4.2.2.2 Propositions d'améliorations

Les internes confrontés aux EI décrits dans les vignettes ont aussi élaboré des solutions pour que ceux-ci ne se reproduisent pas. On peut distinguer deux grandes familles de propositions d'améliorations : celles qui concernent le patient et celles qui concernent le médecin. Ces deux domaines sont catégorisés dans les deux tableaux suivants (Tableau 37 & Tableau 38). Le nombre d'occurrences des éléments de langage identiques sont indiqués entre parenthèses.

Tableau 37 :
Catégorisation des codes concernant les propositions d'amélioration au niveau du patient

catégorie*	Catégorisation des éléments de discours liés aux barrières à mettre en place au niveau du patient**
30	Mieux expliquer
	expliquer l'ordonnance (x8) - réexpliquer le maintien (x5) - joindre l'entourage (x8) - donner des consignes écrites - relire l'ordonnance avec le patient (x3) - expliquer les risques - avertir la patiente (x3) - éducation thérapeutique de la patiente (x6) - éduquer la patiente sur les signes d'aggravation (x8) - baliser les prises de RDV pour le patient (x8) - contacter le patient (x5)
31	Meilleure gestion du dossier médical
	cahier de suivi - remplir le dossier après la visite - avoir les numéros de téléphone à jour - actualiser le dossier médical (x6) - interrogatoire systématique à chaque consultation (x4)
32	Mieux prescrire
	relire l'ordonnance (x9) - prescrire en DCI - réévaluer le traitement (x4) - vérifier les interactions dans le Vidal pour les pathologies chroniques (x4) - vérifier pour les médicaments gros pourvoyeurs d'allergies (x2)
33	Meilleure adaptation au type de patient
	aider lors des transferts (x5) - attendre que la patiente soit en sécurité (x2) - voir les enfants un par un - prévention de la douleur (x2) - vérifier le moyen de transport - s'assurer de la compréhension (x5)

* la numérotation des catégories continue celle du Tableau 36 (§ 3.4.2.2.1)

** le nombre d'occurrences des termes employés est indiqué entre parenthèses

Tableau 38 :
Catégorisation des codes concernant les propositions d'amélioration au niveau du patient

catégorie*	Catégorisation des éléments de discours liés aux barrières à mettre en place au niveau du médecin **
34	Modification de l'organisation
	bien garder son ordi tourné vers soi - regarder le dossier discrètement - s'isoler (x4) - rappeler le médecin (x2) - faire sortir le patient (x2) - éviter le burn out (x2) - ritualiser (x4) - faire attention - prendre son temps - vérifier son passage aux urgences (x4) - relire le dossier avant la visite (x5) - emporter le dossier (x2) - redonner un RDV dès la première consultation (x2) - prévoir un temps sur la journée pour les résultats (x4) - regarder les résultats tous les jours (x2) - noter les choses à ne pas oublier (x3) - prendre notes sur les avis téléphoniques (x2) - repenser son organisation (x3)
35	Arrêt d'anciennes habitudes
	ne pas se précipiter sur le téléphone (x4) - pas de téléphone pendant les consultations (x2) - pas de visites à domicile - pas de consultations par téléphone (x8)
36	Matériel à acheter
	table d'examen réglable (x3) - marches plus stables - ergonomie du cabinet (x2) - prendre de bons logiciels informatiques (x10) - installer un coin pour les enfants - ordinateur portable (x3)
37	Communication avec confrères
	ne pas citer le nom (x6) - donner des informations anonymes - anticiper l'arrivée des patients aux urgences - demander conseil à un confrère (x3) - faire un courrier (x3) - remercier le pharmacien - faire un courrier pour les autres intervenants
38	Personnel à embaucher
	secrétariat téléphonique (x3) - interprétariat téléphonique (x2)
39	Formations à faire
	former les externes - signaler au fabricant - nécessité de se former en continu (x3) - travailler les mécanismes de sécurité (x2)

* la numérotation des catégories continue celle du Tableau 37 ci-dessus

** le nombre d'occurrences des termes employés est indiqué entre parenthèses

Concernant les améliorations des relations avec le patient, les internes proposent principalement de faire l'éducation thérapeutique du patient, ensuite d'avoir une meilleure gestion du dossier médical, d'établir des réflexes lors de la prescription et de s'adapter au type de patient.

Pour les améliorations concernant le médecin, ils proposent prioritairement de modifier leur organisation et leurs habitudes. Ils envisagent aussi de mieux s'équiper, de mieux gérer les communications avec les confrères et de se former en continu.

3.5 Modification de la vision des internes concernant les EI après cette étude et leurs propositions sur la formation

La quatrième partie des interviews consistait en une discussion plus libre sur les modifications de la vision de l'interne sur les événements indésirables, ainsi que sur les formations qu'il avait pu, ou pas, avoir concernant ce sujet. Lors de cette discussion était abordé aussi les propositions faites par les in-

ternes pour améliorer leur sensibilité à ces événements indésirables. C'est cette partie que nous allons analyser dans les paragraphes suivants.

3.5.1 Modification de la vision des internes concernant les EI après cette étude

L'évolution de la vision des internes concernant les événements indésirables associés aux soins au cours de l'interview et au fur et à mesure de la présentation des vignettes se manifeste selon 5 grandes catégories présentées dans le tableau ci-dessous (Tableau 39).

Tableau 39 :
Catégorisation de l'évolution de la vision des internes concernant les événements indésirables

Interne	
Modification de la définition donnée initialement	
5	événements qui surviennent au cours d'une consultation; du fait ou pas du médecin; interfèrent sur le déroulement de la consultation; ont impact ou pas sur les soins apportés au patient; que l'on souhaite qu'ils ne se reproduisent pas
7	rajout: événement qui peut aussi mettre en difficulté le médecin
9	précise: événement qui a un effet nocif sur le patient dans le cadre de la pratique médicale sans forcément faute médicale
12	c'est tout ce qui ne se passe pas comme on l'aurait voulu, avec des degrés de gravité différents, c'est tous les événements, les remises en question que l'on peut rencontrer
Modification de la vision des EI	
4	oui, sans doute, ça m'a fait modifier ma vision des EI
5	ça m'a fait penser à des EI auxquels je n'aurais pas pensé
7	c'était intéressant d'échanger là-dessus
8	je ne sais pas si je me posais vraiment des questions avant
11	tu fais évoluer ma réflexion
Prise de conscience de la fréquence élevée	
3	en fait, ça arrive très souvent
7	ça peut arriver très facilement - c'est des situations vraiment fréquentes
8	c'est tout le temps, quelque soit le niveau
9	ça peut arriver tout le temps, à n'importe qui
12	je me suis rendue compte à quel point on les rencontre - ça pouvait être fréquent

Interne	
Réflexion sur la pratique future	
1	j'avoue que ça remet vachement en cause la pratique; il n'y a pas juste la pratique, il y a tout ce qu'il y a autour
3	je suis contente, ça j'y aurai réfléchi
4	ça amène à réfléchir sur sa future pratique
6	oui, enfin, mes futures pratiques je pense que oui...
7	le fait d'en avoir parlé avant, je pense qu'on gère beaucoup mieux c'est important de savoir gérer
8	ce genre de truc qu'on ne veut pas faire, et on adapte après notre pratique mais bon, c'est bien, ça veut dire qu'on peut améliorer plein de choses
10	ça peut être utile, ça peut donner des petites idées avant
11	je vais proposer des revues de morbi-mortalité au centre où je suis actuellement
Prise de conscience anxiogène	
1	des fois, ça fait un peu peur
8	c'est un peu flippant quand même c'est totalement inévitable

Ces résultats sont intéressants car ils montrent que même après avoir fait un stage (internes 1, 2, 3, 5, 7) ou deux (internes 8, 10, 11, 12) chez le praticien, la confrontation à ces vignettes a fait évoluer la réflexion de ces futurs médecins sur ce qu'était un EI ainsi que sa probabilité de survenue élevée. Elle les a conduits à envisager une évolution de leur pratique future.

Touchant l'évolution de leur pratique, ceux n'ayant reçu aucune sensibilisation aux EI (internes 1, 4, 6, 7, 8, 12) semblent plus concernés.

3.5.2 Appréciation des internes sur les formations existantes de sensibilisation aux événements indésirables

Les internes ont exprimé des avis sur les formations actuelles. Ceux-ci sont catégorisés dans le Tableau 40.

Tableau 40 : Catégorisation des appréciations des internes sur les formations de sensibilisation aux EIAS

Interne	
Appréciation négative de cours théoriques	
1	des cours très très théoriques
2	pendant l'externat, ça restait hyper théorique
4	cours très théorique
9	un item à l'ECN dans la partie médecine légale - très théorique
10	j'avais déjà lu ça en cours à la fac

Interne	
Inexistence d'une sensibilisation aux EI	
1	on n'en parle pas
6	je pense que je n'ai pas été suffisamment sensibilisé
7	jamais eu de cours là-dessus
8	pas de cours
11	aucun cours dessus - aucune sensibilisation
Utilité de la réalisation des traces d'apprentissages	
2	j'ai fait une trace dessus
8	j'avais fait une trace d'apprentissage sur ça
11	j'en ai fait une trace
Utilité d'un séminaire spécifique aux EI	
1	il y a un séminaire "événements indésirables" qui est organisé par les facs - je comptais y aller au semestre prochain
2	un enseignement à la fac qui s'appelait erreur médicale - c'est la première fois dont je me rappelle d'un cours, d'une formation qui nous sensibilisait à ça
3	on a eu toute une journée sur la responsabilité, sur l'erreur
4	un enseignement à la fac qui s'appelait erreur médicale
Utilité des cours permettant le partage d'expérience	
2	entendre parler les autres
3	une demi-journée par moi où on discute de tout ce que l'on veut - ça fait un peu groupe de parole
5	entretiens monitorés
7	on a eu des groupes de paroles - on a eu un groupe balint
8	c'est déjà un bon début d'en parler
12	le partage d'expérience peut faire progresser

Les internes n'ayant fait aucun stage chez le praticien (internes 4, 6, 9) n'ont que peu d'avis sur l'enseignement aux EI reçus au cours de leur cursus. Logiquement ce sont les internes ayant effectué un stage (internes 1, 2, 3, 5, 7) ou 2 stages (internes 8, 10, 11, 12) qui se sont le plus exprimés. Les internes n'ayant pas reçu de « sensibilisation aux EI » (internes 1, 4, 6, 7, 8, 12) sont majoritaires dans la catégorie « inexistence d'une sensibilisation aux EI ».

3.5.3 Propositions des internes concernant l'évolution de la formation de sensibilisation aux EI

Après avoir émis des avis sur les formations existantes, les internes de médecine générale ont proposé des évolutions de la formation actuelle aux EI. Ces évolutions sont catégorisées dans le Tableau 41 ci-dessous.

Tableau 41 :
Catégorisation des propositions des internes sur l'évolution possible des formations de sensibilisation aux EI

Interne	
Envie d'avoir des cours basés sur des mises en situation	
1	mettre en relief des cas réels - cas assez représentatifs - ça amène à réflexion
4	une mise en situation, c'était hyper formateur - ça te fait réfléchir dans un contexte sécuritaire
7	il faudrait plus de cours pratique - ça permet de voir comment les autres réagissent en consultation
8	un cours avec tes cas cliniques, ça suffit largement - tu fais réfléchir les étudiants comme ça
9	il faudrait un truc distillé régulièrement dans nos enseignements - plusieurs saynètes au cours de nos tutorats
Besoin d'une sensibilisation spécifique aux EI plus fréquente	
1	on ne le fait pas souvent
2	j'ai trouvé ça bien que se soit plus mis en avant
3	besoin d'être davantage sensibilisé, sans culpabilisation justement
8	un besoin de sensibiliser
11	il faudrait faire des revues de morbi-mortalité. C'est dommage qu'on n'ait pas cette culture
Envie d'un réel compagnonnage en stage	
5	c'est plus de la formation pratique - quand on a la chance d'être chapeauté, d'en discuter - presque de l'auto-formation
6	on n'en a jamais discuté dans les services - peut être que l'on apprend ça chez le prat
9	c'est vraiment en stage que j'ai appris
10	on apprend sur le tas
11	en étant séniorisé - que ça puisse être dans les projets de service
12	un apprentissage vraiment individuel sur l'expérience

Les internes ayant suivis un stage (internes 1, 2, 3, 5, 7) ou 2 stages (internes 8, 10, 11, 12) chez le praticien sont majoritaires dans les 3 besoins exprimés dans le tableau ci-dessus : « cours basés sur des mises en situation », « sensibilisations spécifiques aux EI plus fréquentes » et « réel compagnonnage en stage ». Les étudiants « non sensibilisés aux EI » sont majoritaires dans la catégorie « envie d'avoir des cours basés sur des mises en situation ».

4 – Discussion

4.1 L'apport de ce travail de recherche

Les évènements indésirables en médecine ambulatoire sont encore, en France, un sujet peu étudié. Deux études les ont abordés jusqu'à présent: l'étude de M. CHANELIERE en 2005 [Chanelière M., 2005 ; ref.7] et l'étude ESPRIT en 2011 [Michel P. et al., 2013 ; ref.22]. Les populations étudiées par ces études étaient des médecins généralistes installés.

L'originalité de ce travail de recherche repose tout d'abord sur la population étudiée. Ce sont des internes de DES de Médecine Générale.

Ensuite, c'est le premier travail qui, à notre connaissance, étudie le ressenti d'internes face à des évènements indésirables au cabinet.

Enfin, la présentation sous forme de vignette clinique a permis d'interviewer des internes quel que soit leur niveau d'expérience en médecine ambulatoire.

Par ailleurs, parallèlement aux objectifs de ce travail de recherche, il semble que les entretiens aient permis de sensibiliser les internes interviewés aux différents types d'évènements indésirables présentés. La plupart des internes ont, en effet, affirmé à la fin des interviews qu'une prise de conscience des situations à risque s'était opérée et que leur pratique future en serait modifiée.

4.2 Limites et biais de l'étude

4.2.1 Liés au recrutement des internes

Nous avons contacté les services dans lesquels nous avons été interne. Dans certains services, nous avons demandé au sénior présent de nous introduire auprès des internes avant que nous les contactions. Dans d'autres services, nous nous sommes présentées comme une « ancienne interne du service ». Enfin, pour contacter les internes ayant fait leur SASPAS, nous avons demandé à nos connaissances (ami(e)s, anciens maîtres de stages) de nous proposer une liste d'internes intéressés.

Grâce à ces deux voies, le recrutement s'est avéré assez facile. Néanmoins, cela a introduit un biais de sélection important. En effet, certains internes ont pu se sentir obligés de participer à cette étude à cause de l'utilisation de la voie hiérarchique ou amicale.

De plus, la participation à ce travail de recherche étant fondé sur le volontariat, seuls les internes intéressés ou motivés ont répondu positivement.

La représentativité statistique du groupe interviewé n'était pas recherchée. Les entretiens ont été arrêtés lorsqu'il est apparu une redondance des réponses données par les internes. Ceci a conduit à un nombre différent d'internes dans les groupes liés au nombre de stages effectués en ambulatoire. Il est possible que les différences qui semblent apparaître entre les groupes d'internes ne soient liées qu'à la différence de nombre. Il pourrait donc être intéressant de réaliser un travail de recherche sur le ressenti des internes concernant des événements indésirables en ambulatoire en essayant d'inclure un nombre identique de chaque classe d'interne (ex : par focus groupe).

4.2.2 Liés à la recherche qualitative par entretiens semi-directifs

Ce travail de recherche présente les limites de toute étude qualitative. En effet, le recueil des données est conditionné par la capacité de l'enquêteur à le faire. Et plus l'enquêteur a de l'expérience, plus le recueil des données est efficace et riche. Comme c'était notre première expérience de ce type d'étude, il est probable que notre manière de recueillir les données était perfectible. Néanmoins, il est logique qu'elle se soit améliorée au fil des entretiens. Cela a donc pu influencer le déroulement des entretiens.

La méthodologie de ce travail de recherche est fondée sur des entretiens semi-directifs. Cela ne rend pas compte de la pratique réelle des internes mais de leurs déclarations. Certains internes ont donc pu répondre ce qu'ils croyaient « bon » de répondre et non ce qu'ils pensaient ou faisaient réellement.

De la même manière, l'enquêteur ayant terminé ses stages d'internat et exerçant déjà en tant que médecin remplaçant en cabinet, un biais de « pseudo autorité » ou de « complicité » a pu avoir lieu dans certains interviews modifiant inconsciemment la réponse de l'interviewé.

4.2.3 Liés au recueil des données

Malgré le préambule, dans lequel il était stipulé aux internes qu'aucun jugement n'était porté sur leurs réponses, il est possible que certains internes se soient sentis bloqués dans leur parole par le fait que l'interviewer était médecin. Une des internes a, d'ailleurs, clairement exprimé ses doutes concernant de la justesse de ses réponses.

Le fait d'être médecin a pu avoir aussi un côté positif. En effet, la parole a pu être favorisée par la compréhension tacite de l'interviewer face à des situations ou des ressentis exprimés par les internes. Par

ailleurs, nos paroles ou nos attitudes non verbales ont pu, malgré nous, influencer le discours des internes.

Dans le cas de questions fermées, les résultats concernant la gravité de l'événement indésirable présenté, montrent les limites de ce genre d'étude, avec un biais liés à l'intervieweur. En effet dans le déroulement de l'entretien, malgré les aides prévues, l'enchaînement de la discussion a fait oublier la question systématique (grave, moyen grave, peu/pas grave) pour certaines vignettes et pour certains entretiens. Ce déficit de questions et donc de réponse semble aléatoire et lié à la dynamique de la discussion. C'est en quelque sorte un événement indésirable de ce genre d'études.

4.2.4 Liés aux conditions d'entretien

Le lieu de l'entretien a été choisi par l'interne (lieu de stage, leur domicile ou domicile de l'interviewer). Cela n'a pas semblé influencer la durée des interviews.

Bien que l'enregistreur fût de petite taille et qu'il ne nécessitât aucune manipulation pendant l'enregistrement, au moins une interne nous a avoué, à la fin de l'entretien, avoir été inhibée par sa présence.

4.2.5 Liés à l'analyse des données

Nous avons réalisé la transcription des verbatim après chaque entretien. Puis nous avons procédé à l'identification des éléments de discours et à leur catégorisation. Nous avons essayé d'avoir une approche analytique la plus objective possible pour éviter une interprétation des propos rapportés. Mais il est possible que notre propre ressenti lors des interviews ainsi que nos représentations et nos opinions concernant ce travail de recherche aient interféré dans notre analyse des verbatim.

4.2.6 Liés à la formation des sous-groupes

La formation des sous-groupes a été effectuée avec les effectifs présents. Il n'y a pas eu de recrutement d'internes en fonction de quotas définis. Ils ont été constitués après analyse de la première partie du verbatim où les internes se présentaient et faisaient état de leur cursus (stages, cours et formation). Les sous-groupes ont donc des effectifs inégaux dont il faudra tenir compte dans l'analyse chiffrée du nombre d'occurrences des éléments de langage. Les sous-groupes avec ou sans « sensibilisation aux EI ont un effectif identique, mais le sous-groupe « avec sensibilisation » est un groupe hétérogène puisqu'il regroupe 2 internes (2 & 10) ayant reçu un cours sur les EI et 4 internes (3, 5, 9, 11) ayant reçu des sen-

sibilisations diverses (cours d'échange de pratique au cours de l'internat, au cours d'un stage hospitalier en externat, par le biais d'une revue de morbi-mortalité lors d'un stage hospitalier au cours de l'internat, ou par l'expérience). Cette hétérogénéité peut introduire un biais important dans l'analyse des occurrences concernant les enseignements reçus sur la sensibilisation aux EI.

4.3 Définitions d'événements indésirables

4.3.1 Par les internes

Il est intéressant de constater que la plupart des internes associent les EI aux effets néfastes, iatrogènes et non prévus. Il leur semble moins évident d'évoquer des situations comme causes d'EI. Par ailleurs, seulement un tiers des internes parlent de l'absence possible de faute de la part du médecin dans l'apparition d'EI.

Néanmoins, il existe une différence nette avec leur définition spontanée d'erreur médicale. Dans cette dernière, la responsabilité du médecin est systématiquement évoquée et le non-respect de règles ou de recommandations est très présent dans leur discours.

Il semble donc que la notion d'EI soit beaucoup plus floue pour les internes que celle d'erreur médicale. Il est possible que la culture actuelle de culpabilisation du médecin joue un rôle majeur dans cette vision. En effet, les internes ont probablement plus entendu parler d'erreur médicale dans leur cursus que d'EI.

4.3.2 Réactions des internes face aux définitions officielles

La majorité des internes semble adhérer plus fortement à la définition obtenue dans l'étude ESPRIT. Il leur semble très important d'introduire la notion de non-reproduction de l'EI dans une définition officielle.

Les définitions du ministère de la santé et de l'OMS leur paraissent moins claires.

Néanmoins, il ressort de leur discours un manque important dans ces trois définitions : l'impact des événements indésirables sur le médecin lui-même (pratique, psychologie, relationnel, médico-légal, etc.). Ceci est en accord avec les résultats trouvés par M. Chanélière dans sa thèse concernant des médecins installés depuis de nombreuses années [Chanélière M., 2005 ; 7].

4.4 La réaction des internes concernant les vignettes cliniques

Les résultats obtenus dans ce travail de recherche montrent que les internes sont très réceptifs aux mises en situations même théoriques. En effet, il semble que les internes se soient exprimés librement sur leur ressenti, partageant même des situations réellement vécues et difficiles. La plupart ont évoqué des événements qu'ils n'avaient pas catégorisés comme EI jusqu'alors.

4.4.1 Analyse globale des réactions

Les événements indésirables présentés aux internes dans cette étude représentaient des exemples d'EI associés aux soins et évitables répertoriés par l'étude ESPRIT publiée en 2013 (voir Annexe 4). Selon la taxonomie de Makeham [Makeham et al., 2008 ; 20] nous avons proposé des vignettes relevant de 9 typologies sur les 26 classées comme « erreurs de procédures de soins » et de 3 typologies sur les 8 appartenant aux « erreurs de connaissance et de compétences et mobilisation de ces connaissances/compétences ».

Les internes interviewés avaient entre 3 et 6 semestres de stages après l'ECN. Ils avaient donc déjà expérimenté un certain nombre de situations délicates dans leur cursus, situations qui avaient provoqué chez eux différentes réactions de mal-être dont ils n'avaient pas eu l'occasion de parler sinon à leur proches. Pour beaucoup, c'était la première fois qu'ils pouvaient, au travers des cas présentés, exprimer leurs ressentis d'expériences semblables jusqu'à présent intériorisées. Ce phénomène a généré un verbatim abondant et très riche pour chacun des 12 cas d'EI présentés.

En analysant les verbatim, nous avons retrouvé 23 catégories regroupées en cinq domaines lexicaux : la gravité, le domaine professionnel, le domaine psychologique, le domaine du médico-légal et celui du psycho-social.

Globalement, quels que soient les indicateurs utilisés, on s'aperçoit que les événements indésirables présentés ont, dans les expressions du ressenti chez les internes interviewés, un retentissement fort ou très fort dans les catégories appartenant aux domaines relationnel/psycho-social et psychologique. L'impact est beaucoup moins important dans le domaine professionnel. Le domaine médico-légal rencontre un faible écho parmi les internes rencontrés.

En comparant nos résultats concernant les internes en cours de cursus et ceux de M. Chanière, on ne peut qu'être frappé par un certain nombre de similitude entre le ressenti de jeunes internes, futurs médecins et le ressenti de médecins seniors ayant de nombreuses années de pratique. Pour les uns, il s'agit

cependant de cas théoriques, certes ayant déjà une résonance dans leur vécu relativement court de soignant et pour les autres d'expériences réelles et vécues. Dans sa thèse, M. Channelière parle d'un « impact psycho-social majeur » de l'événement indésirable chez les médecins généralistes installés. Nous retrouvons ce même retentissement dans cette étude.

Par contre, il existe un grand décalage entre les internes et les médecins installés qui concerne le domaine médico-légal. Les internes sont prêts à prendre des risques au plan médico-légal en comptant sur la compréhension du patient. Est-ce une position un peu naïve due à l'absence d'expérience ?

Cette analyse globale qui montre un décalage entre le ressenti des internes et celui de médecins installés reflète peut-être le fait que, au cours de leurs études, les internes ont déjà été confrontés à des événements qui les ont atteints dans les domaines psychologiques, relationnel (côté humain et compassionnel) et à un degré moindre dans le domaine professionnel (existence d'un encadrement). Par contre, ils n'ont pas été mis en présence de problèmes médico-légaux (présence de la structure hospitalière).

4.4.2 Analyse de l'évolution des perceptions des internes au cours de leur cursus

Pour essayer d'appréhender l'évolution du ressenti des internes face aux événements indésirables au cours de leur cursus, deux analyses sur des sous-groupes ont été réalisées dans ce travail de recherche : une en fonction du nombre de stages ambulatoires réalisés au cours de l'internat et une autre en fonction de la sensibilisation reçue par les internes au cours de leur cursus.

4.4.2.1 Evolution en fonction du nombre de stages ambulatoires

Dans l'analyse par nombre de stages ambulatoires réalisés, les réactions des internes sont différentes d'un domaine à l'autre. Par exemple, le domaine professionnel est très présent dans le discours des internes ayant réalisés deux stages ambulatoires avec un sentiment de fierté plus développé ainsi qu'une remise en question plus fréquente. Leurs conséquences se retrouvent au niveau du domaine psychologique. En effet, l'impact d'un EI ainsi que la capacité à relativiser sa gravité augmente en fonction du nombre de stages ambulatoires réalisés.

La préoccupation concernant le domaine psycho-social est surtout dépendante de la réalisation ou non d'un stage ambulatoire puisque la différence d'évocation de ce domaine se situe entre la classe d'internes « 0 stage » et celle ayant réalisé 1 stage ambulatoire. La peur de la plainte semble plus forte chez les internes n'ayant pas fait de stage ambulatoire. Le sentiment de responsabilité du médecin dans

l'apparition des EI semble plus développée dans le sous-groupe d'interne ayant réalisé 2 stages ambulatoires.

4.4.2.2 Evolution en fonction de la sensibilisation aux EI reçue au cours du cursus

On remarque que l'impact du domaine psychologique dans le verbatim des internes est moindre chez ceux ayant suivi une sensibilisation. De plus, il est important de souligner qu'aucun interne ayant été sensibilisé n'évoque la sous-catégorie « remise en question personnelle ». Ils semblent avoir aussi bien conscience de la pluralité des situations pouvant être considérées comme EI et de leur responsabilité dans l'apparition des EI. Cette sensibilisation entraîne aussi une meilleure identification aux vignettes présentées.

4.4.2.3 Conclusions

La réalisation de deux stages ambulatoires, ainsi qu'une sensibilisation accrue à la survenue des EI au cours du troisième cycle des études médicales semblent être des pistes intéressantes pour favoriser l'apparition d'une réflexion sur la sécurité du patient et l'établissement d'un dialogue constructif entre médecins généralistes dès leurs études.

4.5 La gestion des EI

Les internes se sont suffisamment identifiés aux événements indésirables pour imaginer comment gérer le cas s'ils y étaient confrontés. Il faut rappeler que l'étude ESPRIT a montré que « *survenant une fois tous les deux jours chez un médecin généraliste, les EI n'ont dans trois-quarts des cas aucune conséquence clinique pour les patients ... Ils perturbent l'activité quotidienne mais la vigilance de médecins, des patients, de leur entourage et des autres professionnels comme les pharmaciens d'officine permet d'éviter les conséquences pour les patients.* ». Cette étude est parue après que nous ayons commencé notre enquête.

Les internes ayant participé à ce travail de thèse sont bien conscients de l'importance des autres contrôles dans la gestion des EI (pharmacien, patient et entourage). Mais ils sentent qu'ils ont aussi un rôle à jouer à titre individuel pour préserver leur relation avec le patient.

Ils gèrent la situation immédiate en s'excusant, en expliquant, en rassurant comme le font les médecins généralistes installés depuis longtemps ainsi que le rapporte M. CHANELIERE dans sa thèse. Ils font ap-

paremment confiance au patient pour comprendre et mise sur leur relation avec le patient pour éviter les problèmes médico-légaux. C'est la différence avec les médecins installés.

4.6 Les EI comme élément de progression

La définition de l'événement indésirable à laquelle ont adhéré majoritairement les internes est celle retenue par l'étude ESPRIT « *Evénement ou circonstance associée au soin qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné une atteinte pour le patient et **dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau*** » à laquelle ils rajoutent « *l'atteinte pour le médecin* ».

Pour que les événements indésirables présentés ne se reproduisent pas, car les internes éprouvent dans leur grande majorité de la culpabilité, de la gêne et une remise en question professionnelle, ils vont mettre en place un certain nombre de réflexes et/ou de procédures tant vis-à-vis du patient qu'à leur niveau.

Pour le patient, ils vont mieux expliquer, mieux prescrire, avoir une meilleure gestion du dossier médical et une meilleure adaptation au type de patient.

Pour eux, ils vont modifier leur organisation, arrêter les anciennes habitudes, acheter du matériel, mieux communiquer avec leurs confrères, embaucher du personnel et faire des formations.

Il est frappant de constater que l'on retrouve ces éléments dans la réalité du vécu de médecins installés [Chanelière M., 2005 ; 7]. Cette confrontation à des événements indésirables théoriques, mais parlant à leur expérience d'interne, semble très formatrice pour de futurs médecins. Elle les préparerait à la gestion d'événements indésirables qui surviendront inévitablement, avec moins de stress et plus d'efficacité pour en diminuer le nombre. Même si, comme le constate l'étude ESPRIT « *identifiés dans 0,07% des 13 438 actes inclus dans l'étude, les EI sont **exceptionnellement cliniquement graves**. Il faut de plus rappeler que ces conséquences graves (décès, menace vitale ou incapacité physique permanente) étaient « associées » à un EI, ce qui signifie qu'elles n'en sont pas nécessairement la cause unique et directe.* »

4.7 L'évolution de la vision des EI après entretien

Il apparaît très clairement que la perception des risques évolue au cours des entretiens. Ainsi, la majorité des internes évoquent l'utilité de ce travail de recherche pour leur propre avenir comme étant un début de réflexion sur les EI. Ils proposent même la mise en place de procédures ou de cadres afin d'en limiter la survenue.

4.8 Propositions de modifications des enseignements

Il apparaît que les internes sont demandeurs de groupes permettant le partage d'expérience tout au long de leur cursus, qu'ils soient ou non une sensibilisation spécifique aux EI. Les internes sont fortement confrontés au cours de leur stage à des expériences désagréables voire dramatiques. Il semble donc important que les expériences décrites dans la littérature [Galam E., 2001 ; 2003 ; 2012] [Favier-Arnaudier CA., 2008] [Vallée et Charles, 2008]) soient généralisées à l'ensemble des facultés et que les internes puissent y participer plusieurs fois au cours de leur cursus.

La présentation de ce travail de recherche sous forme de vignettes cliniques a trouvé auprès des internes un très bon accueil. Plusieurs internes ont d'ailleurs exprimé leur souhait d'une formation concrète de ce type pour les événements indésirables car ils sont nombreux à déplorer le manque de sensibilisation spécifique. Il faut remarquer que parmi le sous-groupe ayant eu une formation de sensibilisation aux EI, seulement deux internes avaient suivi des cours spécifiques. Ceci pouvant expliquer ce résultat.

Par ailleurs, comme la plupart des EI sont vus en stage, un certain nombre d'internes ont évoqué la nécessité d'un réel compagnonnage de la part des séniors avec un véritable engagement des services (type projet pédagogique de service). Ceci pourrait faire partie des critères d'agrément des lieux de stages pour l'accueil d'internes de Médecine Générale.

5 – Conclusions

Les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne sont confrontés fréquemment à des événements indésirables plus ou moins graves. Or, le mode de sélection des étudiants lors de la première et de la sixième année de médecine, ainsi qu'une traditionnelle idéalisation du « médecin tout puissant » ne préparent pas à la confrontation avec la réalité en cabinet.

Les internes, au cours de leurs stages, sont aussi fortement confrontés aux événements indésirables. Nous nous sommes donc interrogés sur leur ressenti lorsqu'ils avaient à faire face à des situations pouvant être fréquentes en médecine ambulatoire.

Cette étude est, à notre connaissance, la première étude qualitative concernant le ressenti des internes de Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine générale, sur les événements indésirables potentiels en médecine de ville.

Elle se situe dans le prolongement des études sur les événements indésirables en médecine de ville [Chanelière M., 2005] [Michel P. et al., 2013]. Dans le déroulement du cursus professionnel, elle se situe en amont pour étudier ce que pensent les internes des EI.

C'est une étude qualitative avec un échantillon limité ayant recruté vraisemblablement des internes motivés et intéressés par ce thème et présentant donc un certain nombre de biais inhérent à ce type d'étude. Cependant ce travail de recherche ayant recueilli un peu plus de 19h d'entretiens semi-directifs auprès de 12 internes a permis de mettre en évidence plusieurs enseignements à mettre en perspective avec les études existantes auprès des médecins généralistes installés. Elle donne aussi quelques pistes à explorer sur la demande des étudiants en Médecine générale à être plus sensibilisés à la survenue d'événements indésirables.

Les internes se sont fortement impliqués dans les entretiens qui ont en quelque sorte libéré leur parole sur des cas vécus durant leurs stages hospitaliers. Ils ont une conscience relativement précise des différences entre événements indésirables et erreurs médicales. Ils ont spontanément une définition de l'événement indésirable plus orientée vers les problèmes iatrogènes, les allergies médicamenteuses, événements qui ne sont pas des erreurs médicales stricto-sensu et qui sont imprévisibles par nature. La plupart des internes plébiscitent la définition de l'étude ESPRIT sur les événements indésirables. Ceci est un point très encourageant puisqu'il montre que les internes interviewés inscrits en Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine générale souhaitent que si événement indésirable il y a, il ne se reproduise pas de nouveau.

L'analyse du verbatim des 12 internes concernant 12 cas d'événements indésirables a demandé une codification et une catégorisation importante pour dégager des items communs d'analyse du ressenti des internes. Cette analyse a pu faire apparaître un certain nombre de points intéressants permettant d'une part de mieux appréhender les différentes approches des internes face aux événements indésirables présentés, et d'autre part de lier leur ressenti à ceux déjà analysés chez les médecins généralistes installés. Les internes ont réalisé qu'ils avaient, en fait, déjà vécu ce type de situation sans en avoir vraiment conscience et qu'elles étaient beaucoup plus fréquentes qu'ils pouvaient se l'imaginer au vu des seules définitions théoriques. Certains proposent même d'utiliser ce genre d'étude de cas dans leur formation. L'analyse du ressenti des internes montre qu'ils sont peu sensibles à l'aspect médico-légal potentiel de ces événements indésirables, contrairement aux médecins installés [Chanelière M., 2005]. Ils font confiance à leurs futurs patients pour ne pas dramatiser les situations difficiles, même dans le cas de rupture du secret médical où ils pourraient être traduits devant une juridiction pénale. Ils sont beaucoup plus soucieux de la santé et du bien-être de leur patient que des potentiels problèmes juridiques.

Il y a une nette différence d'appréciation des événements indésirables selon que l'étudiant n'a pas encore effectué de stages chez le praticien ou qu'il en a pratiqué 1 ou 2. Les étudiants ayant effectués au moins un stage chez le praticien ont manifestement une attitude plus équilibrée pour juger la gravité de l'événement indésirable et la façon de le gérer. Les groupes avec ou sans sensibilisation aux événements indésirables présentent une différence moins marquée que les groupes « stages chez le praticien », mais cette conclusion peut être seulement due à la faiblesse de l'effectif et au recrutement. L'importance des stages chez le praticien durant les études de médecine générale apparaît donc dans ce travail de recherche.

Il faut noter que les étudiants ont modifié leurs opinions et leurs jugements à propos des événements indésirables après leur interview. Ils ont réalisé que ces événements pouvaient survenir dans le quotidien le plus banal et qu'il fallait tout faire pour éviter qu'ils se reproduisent. Ils se sont suffisamment identifiés au cas pour proposer des modifications de leur pratique et de leur organisation, la mise en place de procédures adéquates, l'achat éventuel de matériel. La plupart ont trouvé très intéressant ces entretiens et certains les ont pris comme une formation aux événements indésirables.

Tous les internes ont manifesté une opinion sur les formations reçues suite à cette présentation d'événements indésirables. Ils sont demandeurs d'être plus sensibilisés aux événements indésirables mais pas sous forme de cours théoriques. La demande de formation est en faveur de groupes de discussion ou de paroles entre pairs mais avec une exigence de non-jugement pour pouvoir aborder les cas qui dérangent. Certains internes ont même révélé lors de leur interview, à la lecture de certains cas, des

situations de souffrance personnelle dont ils n'avaient jamais parlé. On retrouve donc déjà chez certains étudiants en médecine les stress décrits chez les médecins généralistes installés.

Cette étude qualitative, sur un groupe de 12 internes, semble montrer qu'il existe une évolution des perceptions des internes de médecine générale au cours de leur Diplôme d'Etudes Spécialisées concernant la sécurité du patient au cabinet. Celle-ci est principalement liée à la pratique d'un stage en ambulatoire. De manière indirecte, ils suggèrent qu'il faudrait peu de choses pour avoir une meilleure conscience de ces événements indésirables, comme par exemple ces entretiens. Il semble clair, d'après les internes interviewés, que les stages chez le praticien sont à développer car la pratique avec un tuteur est très formatrice. Les cours spécifiques sur les événements indésirables apportent aux internes une meilleure capacité de relativisation de l'impact des événements indésirables sur leur propre vie. Mais, il semble nécessaire que ces interventions soient fréquentes et répétées au cours du cursus de troisième cycle afin que l'ensemble des internes puissent y participer au moins une fois.

Ces pistes pourraient être à confirmer avec une étude quantitative, auprès d'un échantillon plus large et statistiquement représentatif afin de conforter la prise de conscience des événements indésirables sur la sécurité du patient tout au long du processus de formation médicale.

Bibliographie

1. Amalberti R, Bons-Letouzet C, Sicot C. *La gestion des risques en médecine générale, un secteur encore mal connu*. Responsabilité. 2008; 8 (32) : 5-12
2. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrillart L, Groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone. *Introduction à la recherche qualitative*. Exercer. 2008 ; 84 : 142-5
3. Baumann F. *Burn out, quand le travail rend malade*. 2^{ème} Ed. Paris : J Lyon ; 2006
4. Blanchet A., Gotman A. *L'enquête et ses méthodes : l'Entretien*. 2^{ème} Ed. Paris: Armand Colin ; 2010
5. Brami J., Amalberti R. *La sécurité du patient en médecine générale*. Paris : Springer ; 2010
6. Braun Neves C. *Etre ou ne pas être médecin généraliste : enquête sur les déterminants du projet professionnel chez les internes en médecine générale de la faculté René Descartes* [ressource électronique] sous la direction de Hector FALCOFF (Thèse de doctorat, Médecine Générale). Paris : Université René Descartes Paris 5 Faculté de Médecine ; 2005
Disponible sur http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/machaons_2006_these_braun.pdf (consultée le 03 nov 2011)
7. Chanelière M. *Impact des événements indésirables sur la pratique des médecins généralistes. Etudes qualitatives auprès de quinze praticiens de la région Rhône-Alpes* [ressource électronique] sous la direction de Sophie FIGON (Thèse de doctorat, Médecine Générale). Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1 Faculté de Médecine ; 2005.
Disponible sur http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/C5.2PJ2_11866135106262.pdf (consultée le 03 nov 2011)
8. Despres P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. *Santé physique et psychique des médecins généralistes*. Paris : DRESS ; 2010. Etudes et résultats n°731
Disponible sur <http://www.dress.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er731.pdf> (consultée le 20 nov 2011)
9. Duteil J. *Mise en œuvre d'un site internet de déclaration et d'analyse d'évènements indésirables en médecine générale ; conception théorique et mise en œuvre pratique* [ressource électronique] sous la direction de Marc CHANELIERE (Thèse de doctorat, Médecine Générale). Créteil : Université Paris Val-De-Marne Faculté de Médecine ; 2011
Disponible sur <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0613213.pdf> (consultée le 15 nov 2011)
10. Favier Arnaudier CA. *Les internes en médecines générales et l'erreur médicale. Etudes de l'apport des groupes d'analyse de pratique supervisées dédiées à l'erreur médicale* [ressource électronique] sous la direction de Michel OLLAGNIER (Thèse de doctorat, Médecine Générale). Saint-Etienne : Université Jacques Lisfranc Faculté de Médecine ; 2008.
Disponible sur http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/TheseCatherineFAVIERARNAUDIEN_1265018331608.pdf (consultée le 15 nov 2011)
11. Galam E. *Dé-dramatiser et travailler nos erreurs*. Rev Prat Med Gen 2001 ; 19 (686/687): 377-80
12. Galam E. *L'erreur médicale*. Rev Prat Med Gen 2003 ; 17(626) : 1231-4
13. Galam E. *L'erreur médicale, le burn out et le soignant*. Paris: Springer ; 2012
14. Groupe de rédaction de la Classification Internationale pour la sécurité des patients. *Rapport sur les résultats de l'enquête Delphi modifiée par internet sur la classification internationale pour la sécurité des patients*. OMS. 2007
Disponible sur http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/ps_modified_delphi_survey_fr.pdf (consultée le 15 jan 2014)

15. Haut Conseil de la Santé Publique. *Pour une politique globale et intégrée de sécurité du patient, principes et préconisations*. 2011. avis et rapports
Disponible sur http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20111021_politique securite patients.pdf (consultée le 15 jan 2014)
16. Legmann M. *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale*. Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2010
Disponible sur <http://www.conseil-natio-nal.medecin.fr/sites/default/files/Rapport%20Mission%20Legmann%20Version%20finale%2009%2004%2010.pdf> (consultée le 01 déc 2011)
17. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. *Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d' « Acteur » à « Interdépendance »*. Exercer. 2009 ; 87 : 74-9
18. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. *Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim »*. Exercer. 2009 ; 88 : 106-12
19. Le Tourneur A, Komly V. *Burn out des internes : état des lieux et perspectives en France métropolitaine* [ressource électronique] sous la direction d'Eric GALAM (Thèse de doctorat, Médecine Générale). Grenoble : Université Joseph Fournier Faculté de Médecine ; 2011
Disponible sur http://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/650693/filename/2011GRE15117_letourneur_antoine_et_komly_valeriane_1_D_.pdf (consultée le 03 nov 2011)
20. Makeham MA, 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. 2008; 17(1):53–7
21. Marty L, Vorilhon P, Vaillant-Roussel H, Bernard P, Raineau C, Cambon B. *Recherche qualitative en médecine générale : expérimenter le focus groupe*. Exercer. 2001 ; 98 : 129-35
22. Michel P, Keriél-Gascou M, Kret M, Mosnier A, Dupie I, Chanelière M, Haeringer-Cholet A, Larriou C, Quenon JL, Roberts T, Villebrun F, Brami J. *Etude nationale en Soins PRIMAIRES sur les événements indésirables (ESPRIT 2013). Rapport final*. CCECQA, Bordeaux, 2013 ; PDF sur le site du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes [en ligne]:http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ESPRIT_-_etude_natioanle_soins_primaires_evenements_indesirables_-_decembre_2013.pdf (consulté le 15 jan 2014)
23. Michel P, Lathelize M, Quenon JL, Bru-Sonnet R, Domecq S, Kret M. *Comparaison des deux Enquêtes Nationales sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins menées en 2004 et 2009. Rapport final à la DREES (Ministère de la Santé et des Sports)*. CCECQA, Bordeaux, 2011
Disponible sur http://services.telesantebretagne.org/lportal/documents/138946/149172/ENEIS-RapportComparaison_2004-2009+final-Mars2011.pdf (consultée le 02 déc 2011)
24. Michel P, Quintard B, Quenon J-L, Roberts T, Nitaro L, Kret M. *Etude Malis « Mesure de l'Acceptabilité des risques Liés aux Soins »*. Rapport Final. 2011
Disponible sur <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13413/1/serieetud108.pdf> (consultée le 15 déc 2011)
25. Ministère de la santé. *Rapport d'objectifs de Santé Publique. Annexe au projet de Loi sur la politique de santé publique en France de 2004 à 2008*. 2003
26. Ministère de la santé, Haute Autorité de Santé. *Programme National pour la Sécurité des Patients 2013-2017* [en ligne] ; www.sante.gouv.fr/pnsp (consulté le 02 fév 2013)

27. Nacu A. *Analyse sociologique des politiques publiques de réduction des événements indésirables graves (EIG) à travers leur perception par les acteurs sanitaires. Etude Evol-Eneis*. CCECQA, Bordeaux, 2010
Disponible sur <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13422/1/serieetud117.pdf> (consultée le 15 mai 2012)
28. Plu I, Dodet P, Bertaut S, Pursell-François I, Blettery B, Moutel G. *Le médecin et la peur du procès ; Enquête auprès de 139 généralistes en Côte d'Or*. Rev Prat Med Gen 2007 ; 21 :295-7
29. Prescrire. *Le soignant, l'erreur et son signalement*. 2010 ; 30(320) : 456-60
30. Reason J. *Human error*. Cambridge University Press. 1990
31. Rome F, Pariès J, Nyssen AS. *Analyse bibliographique portant sur les expériences nationales et internationales pour promouvoir ou améliorer la sécurité des patients*. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique. 2010
Disponible sur http://hcspr20100701_anabibsecupatients.pdf (consultée le 15 mars 2011)
32. Vallée J, Charles R. *Approche pédagogique des erreurs médicales au cours de l'internat en médecine générale*. Exercer 2008 ; 83 :111-6

Annexe 1 – Guide d’entretien

1. Présentation

a. de l’enquêteur

Mon nom, prénom, faculté de rattachement, ma position actuelle dans les études médicales

b. de l’interne

Son âge, faculté de rattachement, année d’avancement dans les études médicales, stages déjà effectués, projet professionnel

c. de l’enquête

Etude qualitative

Entretiens semi-directifs dans le cadre d’une thèse pour l’obtention du titre de docteur en médecine générale

Rappel du thème : « les événements indésirables en médecine générale vus par les internes de DES de médecine générale »

Respect de l’anonymat des réponses

Enregistrement de l’entretien sur un support numérique

Date et lieu de l’entretien

d. de leur représentation des événements indésirables, et confrontation à la définition officielle

Définition du terme « événement indésirable » pour l’interne

La définition du terme « erreur médicale » pour l’interne

La réaction de l’interne face aux définitions des événements indésirables :

- à la définition du ministère de la Santé : « l’ensemble des événements non désirés liés aux soins ». (Rapport d’objectifs de Santé Publique. Annexe au Projet de Loi sur la politique de Santé Publique en France de 2004 à 2008. Février 2003)

-à la définition de l’OMS : « incident qui entraîne une atteinte pour le patient ; atteinte découlant de ou associées à des projets formulés ou des mesures prises pendant que les soins ont été dispensés, et qui ne résulte pas d’un trauma ou d’une maladie sous-jacente »

- à la définition de l’étude ESPRIT (2013) : « événement ou circonstance associé au soin qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné une atteinte pour le patient et dont on souhaite qu’elle ne se reproduise pas de nouveau »

2. Présentation des cas cliniques

Pour chaque cas clinique, nous demandons à l’interne ce qu’il en pense.

ex : -le degré de gravité de l’évènement indésirable présenté (très grave , modérément grave, pas grave)

-si, d’après lui, cela pourrait lui arriver

-Comment réagir ? (S’excuser ? qui prévenir ? comment en parler et à qui ?)

-le degré d’évitabilité de l’évènement indésirable présenté

-les moyens permettant de remédier à la récurrence de ce type d'évènement indésirable

3. Recueils des avis personnels

a. recueil de situations personnelles de confrontation à des évènements indésirables

A-t-il déjà été témoin ou acteur d'évènement indésirable ? Si oui, peut-il les raconter ? Quelles ont été les conséquences (physiques, psychiques) pour les patients et le médecin ?

b. Les conséquences de l'étude sur leur pratique professionnelle

L'étude a-t-elle modifié sa vision vis-à-vis des évènements indésirables ? si oui, en quoi ?

c. Sensibilisation lors des études médicales

Pense-t-il avoir été suffisamment sensibilisé aux évènements indésirables pendant ses études médicales ? Si non, comment pourrait-on modifier l'approche des évènements indésirables pendant les études ?

d. La définition d'évènement indésirable pour l'interne après cette étude ?

Annexe 2 – Présentation des cas potentiels d'évènements indésirables en cabinet

1 - Répondre au téléphone devant un patient :

Le docteur B, urgentiste vous appelle à 18h30 pour connaître les antécédents d'une de vos patientes, Mme A., âgée de 83 ans, qui vient d'être amenée confuse aux urgences par les pompiers. Vous êtes en consultation mais vous prenez le temps de lui expliquer que Mme A. est autonome à domicile malgré des troubles mnésiques croissants, qu'elle a fait un infarctus du myocarde il y a 10 ans pour lequel elle est suivie par un cardiologue, et qu'elle est dépressive depuis que sa petite fille est décédée dans un accident de la voie publique l'année dernière. Après toutes ces explications, vous raccrochez. Le patient devant vous, vous raconte alors qu'il est vraiment triste pour Mme A., qu'il connaît assez bien, et qu'il aimerait lui rendre visite à l'hôpital dès qu'elle ira mieux. Vous êtes bien embêté.

2 - Chute au cabinet :

Mme B., âgée de 75 ans, consulte à votre cabinet pour des douleurs abdominales. Vous examinez Mme B. Au moment où elle descend de la table d'examen, le téléphone sonne. Vous vous y précipitez pour y répondre, laissant Mme B. autonome. Un grand bruit vous fait vous retourner : Mme B. est par terre, douloureuse et ne peut se relever. La patiente est évacuée grâce aux pompiers vers les urgences de l'hôpital le plus proche.

3 - Erreur de « clic » :

Il est 19h30, vous êtes fatigué après cette longue journée d'hiver où de multiples urgences se sont rajoutées à vos consultations. M. C., vous consulte pour un lumbago. Vous lui prescrivez donc un AINS, le Surgam®, et un myorelaxant. Le patient part. Quinze minutes après son départ, le pharmacien chez qui le patient est allé chercher ses médicaments vous appelle. Il aimerait savoir pourquoi vous venez de mettre cet homme de 50 ans sous progestatif. Vous reprenez donc l'ordonnance sur l'ordinateur et vous vous apercevez que vous avez prescrit de la Surgestone® au lieu du Surgam®.

4 - Le vaccin :

Vous recevez Mme D. et ses quatre enfants en consultation pour la vaccination du petit dernier par le Priorix® (ROR). Il fait très chaud, les enfants sont agités et leur mère a bien du mal à les maintenir assis. Vous préparez le vaccin et l'injectez. Au moment de jeter la boîte, vous vous rendez soudain compte que vous n'avez injecté dans la cuisse du petit que l'adjuvant et non le vaccin totalement reconstitué.

5 - Le vaccin bis :

Vous recevez Mme E., avec sa petite Ema, 2 mois, pour la première vaccination par l'Infanrix Quinta® (DTP Coq Haemophilus). La maman est très impressionnée. Au moment où vous injectez le vaccin, la petite que vous pensiez fermement tenue par sa mère, bouge et une certaine quantité de vaccin se répand.

6 - Problème de compréhension :

Vous voyez en consultation M. F., originaire du Mali, en France depuis quelques mois. Il vous montre un de ses orteils œdématisé et très douloureux. Vous lui expliquez qu'il doit se rendre immédiatement aux urgences car vous suspectez une infection grave de l'articulation. Le patient part semblant avoir compris la gravité de la situation. Deux jours plus tard, il revient accompagné d'un ami car il ne peut plus marcher. Son ami, qui parle correctement français, vous raconte que M. F., a attendu que la douleur parte mais que son état a empiré. Vous réalisez alors que M. F. n'a rien compris à vos explications deux jours auparavant.

7 - Visite à domicile :

Vous êtes appelé par Mme G. 90 ans à son domicile pour un renouvellement de son ordonnance. A votre arrivée, Mme G. vous a préparé votre ordonnance précédente pour gagner du temps. La patiente

va bien, vous lui prescrivez donc le même traitement. Le lendemain matin, vous êtes appelé par la fille de Mme G., qui ne comprend pas pourquoi vous avez remis l'ancien anti-hypertenseur de sa mère que le cardiologue a changé il y a un mois. Vous reprenez donc le dossier de Mme G., et retrouvez une lettre cordiale du cardiologue qui vous informe du changement de traitement.

8 - Examens complémentaires non lus :

Nous sommes samedi matin. Vous voyez en consultation la jeune K., 12 ans, accompagnée de son père pour une douleur à l'oreille. En examinant la patiente vous êtes frappé par la présence d'un goitre thyroïdien, une exophtalmie et d'une tachycardie, qui vous font suspecter une hyperthyroïdie. Vous lui prescrivez immédiatement un dosage des hormones thyroïdiennes et lui expliquez qu'elle doit revenir le mardi au plus tard avec les résultats.

Le samedi suivant, en regardant votre boîte électronique, vous découvrez avec stupéfaction les résultats biologiques de K. que vous n'aviez pas vus jusque-là bien qu'ils vous aient été envoyés le lundi précédent. Ils montrent une TSH effondrée et une T4 élevée.

9 - Interactions médicamenteuses :

Mme M. vient vous voir pour une gêne œsophagienne. A l'examen clinique vous suspectez une mycose digestive. Vous la mettez immédiatement sous Fluconazole®. Une semaine plus tard, Mme M revient vous voir pour des vertiges. Son examen clinique est strictement normal. En reprenant l'interrogatoire, elle vous précise que ses vertiges arrivent surtout après la prise de son médicament pour le diabète. En vérifiant son ordonnance, elle prend effectivement des sulfamides hypoglycémiant, dont l'effet est majoré par l'association du Triflucan®.

10 - Allergie médicamenteuse :

Mme A que vous voyez régulièrement pour ses enfants vous consulte pour un mal de gorge depuis quelques jours. A l'examen, il s'avère que la patiente présente une angine avec un TDR positif. Vous lui prescrivez donc du Clamoxyl®. Trente minutes après son départ, le pharmacien vous appelle car dans son dossier informatique il a retrouvé que la patiente était allergique à l'amoxicilline, et qu'elle avait fait un urticaire géant avec de l'amoxicilline quelques années auparavant! En reprenant son dossier, vous vous rendez compte que vous n'y aviez pas notifié son allergie.

11 - Consultation par téléphone :

Il est 18h30, vous avez 1h de retard sur vos consultations et l'épidémie de gastro-entérite bat son plein. Mme P., qui n'est pas une patiente de votre cabinet, vous appelle. Elle vous explique qu'elle n'a pas pu obtenir de RDV avec son médecin traitant aujourd'hui pour son fils de 2 ans qui semble, d'après elle, avoir un début de gastro. Vous lui faites décrire succinctement l'état de son fils : « il est un peu fatigué, comme à chaque fois qu'il est malade, Docteur, mais il boit bien ses biberons que je lui propose ». Vous lui fixez donc un RDV le lendemain après l'avoir rassurée. Dès l'arrivée de l'enfant, le lendemain, dans votre cabinet, vous êtes inquiet : il est très cerné, et apathique. Vous reprenez l'interrogatoire avec la mère : depuis la veille dans la matinée, il a de fortes diarrhées (« après chaque biberon »), n'a eu que des biberons d'eau pure qu'il a descendu goulument à chaque fois, et il s'endort de plus en plus facilement... Vous réalisez que vous n'avez pas assez questionné cette maman. Vous l'envoyez immédiatement aux urgences pédiatriques.

12 - Le confrère :

Le Dr P., pneumologue dans la ville d'à-côté, vous téléphone : il vous explique qu'il est actuellement en consultation avec M. O., accompagné de sa femme, que vous lui avez adressé pour des adénopathies médiastinales découvertes fortuitement au scanner thoracique (réalisé chez ce patient tabagique pour toux chronique). Les adénopathies ne semblent pas inquiétantes mais votre confrère est plus embêté par l'épaississement du 1/3 sup de l'œsophage. Il a expliqué la nécessité d'explorations complémentaires à M. et Mme O. et les renvoie vers vous pour la suite de la prise en charge. Quelques semaines plus tard, vous recevez le CR de consultation du Dr P. Ce n'est que quelques mois plus tard que M O. vient en consultation pour une dysphagie. Il semble avoir perdu quelques kilos et est affaibli.

Annexe 3 – Classification de Makeham*

Typologie
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 message
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 des 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 d'un compte-rendu
1.2.5 Autres
1.3 Erreurs liées aux traitements médicamenteux
1.3.1 Rédaction électronique ou manuscrite de la prescription
1.3.2 Autres erreur liées à la réalisation d'une prescription
1.3.3 Délivrance du traitement
1.3.4 Automédication du patient
1.4 Erreurs liées aux traitements non médicamenteux
1.4.1 Processus de vaccination
1.4.2 Processus d'entreprise d'un traitement non médicamenteux
1.4.3 Autres processus non spécifiés
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 système de soins
1.5.4 Erreurs de référents dans le parcours de soins
1.5.5 Autres

2 Erreurs de connaissance et de compétences et mobilisation de ces connaissances/compétences
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 (prescription et interprétation)
2.1.4 Autres
2.2 Erreurs de gestion des 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 Erreurs de savoir-faire dans la gestion d'une procédure
2.2.4 Autres
3 Effets indésirables des médicaments

* adaptée de Makeham MA, 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. 2008; 17(1):53–7 par étude ESPRIT

Annexe 4 – Présentation des événements indésirables de cette étude selon la classification de Makeham et nombre d'occurrences dans l'étude ESPRIT

typologie	numéro des vignettes	intitulé des vignettes	% EIAS évitables d'après étude ESPRIT* (tableau 10)
1. Erreurs de procédures de soins	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 11, 12		78,2%
1.1 Erreurs liées à la coordination du système de soins	1, 2, 7, 11		23,8%
1.1.3 Enregistrement du dossier, du patient	7	Visite à domicile	3,8%
1.1.6 Maintien d'un environnement physique sûr	2	Chute au cabinet	2,0%
1.1.7 Disponibilité des soins, heure, personnel inadéquat	11	Consultation par téléphone	4,9%
1.1.8 Secret professionnel	1	Répondre au téléphone devant un patient	3,8%
1.2 Erreurs liées aux examens complémentaires	8		12,2%
1.2.4 Processus de compte-rendu ou gestion d'un compte-rendu	8	Examens complémentaires non lus	5,5%
1.3 Erreurs liées aux traitements médicamenteux	3		19,2%
1.3.1 Rédaction électronique ou manuscrite de la prescription	3	Erreur de « clic »	9,3%
1.4 Erreurs liées aux traitements non médicamenteux	4		4,7%
1.4.1 Processus de vaccination	4	Le vaccin	1,5%
1.5 Communication et autres processus non spécifiés	6, 12		18,3%
1.5.1 Avec le patient	6	Problème de compréhension	8,4%
1.5.3 Avec les autres soignants du système de soins	12	Le confrère	6,7%
2 Erreurs de connaissance et de compétences et mobilisation de ces connaissances/ compétences	5, 9, 10		21,8%
2.1 Erreurs de diagnostic	10		4,1%
2.1.1 dans la prise des antécédents ou interrogatoire du patient	10	Allergie médicamenteuse	1,2%
2.2 Erreurs de gestion des soins du patient	5, 9		17,7%
2.2.1 Gestion d'un traitement médicamenteux	9	Interactions médicamenteuses	11,1%
2.2.2 Erreur de savoir-faire dans la gestion d'une vaccination	5	Le vaccin bis	1,2%

*référence : Michel P, Kerié-Gascou M, Kret M, Mosnier A, Dupie I, Chanelière M, Haeringer-Cholet A, Larrieu C, Quenon JL, Roberts T, Villebrun F, Brami J. *Etude nationale en Soins PRImaires sur les événemenTs indésirables (ESPRIT 2013). Rapport final.* CCECQA, Bordeaux, 2013 ou PDF sur le site du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ESPRIT_-_etude_natioanle_soins_primaires_evenements_indesirables_-_decembre_2013.pdf

Annexe 5 - Verbatim

Entretien 1 (1h05)

- [rire] Alors je me représente, je suis Emilie, je suis à la fac de Paris 5, j'ai fini mon internat il y a un an et demi et donc là je t'interview pour passer ma thèse ; donc c'est une étude qualitative avec des entretiens semi-directifs et c'est enregistré sur un support numérique. Mais après quand je vais le mettre par écrit je vais enlever ton nom, ton prénom, tout ce qui peut permettre de te reconnaître ou tout ce qui peut permettre de reconnaître les histoires que tu auras racontées ; d'accord ?
- Humhum
- Donc là, on est sur ton lieu de stage ; on est le 3 avril. Alors, je vais te laisser te présenter s'il te plait.
- Alors, je m'appelle S., je suis à U., j'ai 26 ans, je suis en troisième semestre de DES de médecine générale et je compte m'installer plus tard en tant que médecin généraliste.
- Et tu as fait quoi comme stage jusqu'à présent ?
- Alors j'ai fait mon premier stage en médecine interne, mon deuxième stage aux urgences et là mon stage chez le prat.
- D'accord ; alors, on va rentrer un peu dans le vif du sujet : pour toi, comment tu définirais le terme « évènement indésirable » ?
- « Évènement indésirable » pour moi, c'est un évènement qui apparaît qui n'était pas prévu, donc ça peut être un évènement indésirable par rapport à un médicament qu'on a prescrit, mais aussi un évènement indésirable par rapport à l'évolution d'une maladie qui n'était prévisible.
- D'accord ; comment tu définirais « erreur médicale » ?
- Une erreur médicale, c'est...pff, comment je définirais ça...pff, quand on n'a pas... pff, quand on n'a pas agi dans les règles, qu'on a fait quelque chose qui est délétère pour le patient et qui a des conséquences négatives.
- D'accord. Est- ce que, heu... bon, là dans tes définitions, il y a une franche différence. Est- ce que ça se recoupe, est- ce que ça se recoupe jamais évènement indésirable- erreur médicale?
- Si, si, ça se recoupe : si tu fais, je pense que ...plus tu fais d'erreurs médicales, plus tu peux avoir d'évènements indésirables éventuellement; après tu peux avoir un évènement indésirable tout en ayant fait aucune erreur.
- D'accord. Alors, je vais te lire la définition du Ministère de la santé pour les évènements indésirables et puis tu me diras ce que tu en penses. Alors c'est « l'ensemble des évènements non désirés liés aux soins ».
- Humhum... [rire]... d'accord... effectivement, après faut voir ce qu'ils englobent dans les soins : est- ce que c'est juste la prescription, est- ce que c'est tout ce qu'on fait à coté, c'est voilà...après leur définition, je suis d'accord, mais heu...
- [rire]
- Je ne sais pas trop quoi dire d'autre dessus...
- Tout à fait, elle est assez vaste, [rire]
- [rire]
- Alors, je vais... j'ai préparé des petites saynètes
- Oui
- Et tu me diras ce que tu en penses ; d'accord ? Pour chaque saynète; on fait saynète par saynète alors la première saynète « répondre au téléphone devant un patient » [lecture de la première saynète] ; Qu'est- ce que tu en penses ?
- Bah, heu, effectivement, ce qui est embêtant, c'est que le patient en face a reconnu de qui on parlait. Donc je pense que ça pose un problème au niveau du secret médical ; donc voilà... heu...qu'est ce que je pourrais dire d'autre ?
- Pourquoi ça pose un problème au niveau du secret médical ?
- Bah, heu, à priori, le patient qu'on a en face de nous a aucun lien familial avec la patiente en question; donc il a pas à connaître le dossier de la dame ni ses ATCD, ni pourquoi elle est hospitalisée, enfin voilà...
- Humhum
- Après, je me suis rendue compte que en cabinet, c'est vrai que des fois c'était un petit peu difficile de respecter ça ; enfin, c'est arrivé assez fréquemment qu'on nous pose des questions au téléphone et que finalement, bah, on enchaîne comme si de rien n'était alors qu'on a quelqu'un en face de nous ; et effectivement, ça peut arriver qu'il connaisse la personne et dans ce cas- là, oui, on est un peu, un peu coincé.
- Et pour toi, est- ce que c'est quelque chose de grave, pas grave, moyen grave ?
- Pff, pour moi dans ma pratique, si le mec en face a réagi, comme toi tu l'as dit... hummmm... voilà, je dirai que c'est pas très très grave. Après je sais que d'après les textes de lois, si si, ça peut être grave.
- Humhum
- Surtout si ...bon, après, la patiente qui est hospitalisée, elle sera peut-être pas très contente de voir débarquer Mr Machin, qui aura appris du médecin qu'elle est hospitalisée, ben voilà quoi.
- Et, heu, comment tu réagis dans ce cas-là ?
- Heu...
- C'est hypothétique, comment tu pourrais réagir ?
- Pff, c'est super difficile... qu'est- ce que je ferais... si lui il me demande « oui, est- ce que je peux aller la voir ? »... pff... je lui dirais peut-être d'appeler sa famille d'abord, de demander des renseignements à sa famille avant de se pointer comme ça à l'hôpital, voilà, d'en parler avec la famille de la dame d'abord... je pense que je ferais comme ça... [rire]... pour esquiver un peu le truc, enfin, je me sentirais mal à l'aise parce que c'est moi qui aurais fait la connerie effectivement
- Et heu, donc tout à l'heure tu as dit que en cabinet, on le faisait souvent... donc du coup, t'y as déjà un peu réfléchi... est- ce que tu vois des moyens d'éviter ou de gérer ce type de situations ou ce type de potentielles situations?
- Bah, je sais que à l'hôpital, dans le service de médecine interne où j'étais, c'est vrai que cela arrivait souvent aussi et on avait déjà parlé avec mes co-internes de l'époque, et c'est que nous on avait pris l'habitude de parler, bon, ça fait un peu cru... mais on parlait plutôt du patient de la chambre untel quand il y avait des gens autour ; et c'est vrai, qu'il y avait pas mal d'équipes infirmières qui utilisaient plutôt le nom des patients alors qu'il y avait des familles autour et tout ça... après, je sais qu'en cabinet médical, enfin, je vois... je ne sais plus quand est- ce qu'on a eu le cas... c'est un peu plus difficile quand on a quelqu'un au téléphone et qui veut des renseignements, et par exemple, on ne comprend pas le nom... je sais que la dernière fois c'était ça... on avait mal compris le nom, donc on le répète par réflexe et ça y est le nom est sorti et en fait... bah... c'est irrécupérable. Après je pense qu'il faut faire attention à bien garder son ordi tourné vers soi et regarder le dossier dans son coin et essayer de ne pas prononcer de nom.
- Humhum
- Voilà
- D'accord. Est- ce que t'as d'autre chose à dire sur ce petit... ?
- Heu, non, je pense que c'est tout, mais effectivement, je pense que c'est marrant que tu aies choisi ça, parce que je me suis déjà fait la réflexion... même dans les cabinets, parfois les feuilles qui traînent un petit peu partout, avec les résultats de laboratoires... en y réfléchissant, c'est pas top !

- Hum... [rire]... c'est pas anodin, quand même, que j'ai choisi ça, c'est que soit j'y aie été confrontée, soit je l'ai vu... alors, on va passer au deuxième petit cas clinique. Alors « chute au cabinet » [lecture deuxième saynète]...
- [rire] Alors qu'est-ce que tu en penses ?
- Hummm, pff, pff... bon, là c'est vrai que c'est un peu... heu, j'ai déjà été confrontée à ça, mais c'était un enfant, c'est encore différent et je sais qu'on m'avait fait la remarque en début de stage qu'effectivement les enfants, il ne faut jamais les laisser seuls sur la table d'examen, il faut toujours poser une main dessus, ne pas répondre au téléphone, tout ça... après effectivement chez les adultes... c'était une vieille dame ou pas ?
- Oui, une vieille dame
- Effectivement on aurait peut-être pu d'abord l'aider à descendre du brancard avant de se précipiter au téléphone... après, heu, la question de savoir si c'est une faute ou pas... pff, pff, pfff... je ne sais pas si on le ferait automatiquement si jamais on voit qu'elle a du mal à descendre de son truc, je ne sais pas si ça serait vraiment un réflexe de la lâcher comme ça et d'aller répondre au téléphone, enfin, je ne sais si je le ferais... après ça peut arriver, effectivement... mais quand j'y réfléchis... je ne sais pas... je ne sais pas trop quoi répondre à ça...
- Je vais t'aiguiller un petit peu... est-ce que tu penses que c'est plutôt grave, moyen grave, plutôt pas grave comme événement indésirable ?
- Bien sûr, c'est plutôt grave... surtout si elle est évacuée par les pompiers après... enfin, voilà, elle a fait une chute et on aurait pu l'éviter, ça c'est plutôt grave... après, c'est un peu les mêmes soucis qu'il y a en maison de retraite ou à l'hôpital, quand une aide-soignante aide une vieille dame ou un vieux monsieur à faire sa toilette et il lui manque quelque chose, elle va vite fait le chercher dans un chariot et la patiente chute entre-temps, pfff... c'est grave, et en même temps, ça arrive, donc, heu...
- Comment tu gères ce type d'évènement indésirable vis-à-vis de la patiente? Pas sur le plan médical, plutôt sur le plan...
- Relationnel ?
- Oui
- Heu, vis-à-vis de la patiente, je pense que je vais m'excuser mille fois... [rire]... m'excuser bêtement parce qu'au final, voilà, c'était pour répondre à un coup de téléphone, donc c'était pas non plus l'urgence du siècle... voilà, je pense que je lui expliquerais, ben voilà, que je pensais qu'elle allait y arriver toute seule et que je me suis précipitée au téléphone et que c'était de ma faute... voilà...
- D'accord... est-ce que tu en parles autour de toi?... par exemple à ta RCP, ce genre de chose ?
- Hum... je pense que oui parce que si cela devait m'arriver un jour, ça m'affecterait quand même... donc ouais, je pense que j'essayerais d'en parler... enfin, là tu parles, si ça m'arrive dans mon stage ou dans ma pratique ? Peu importe ?
- Peu importe
- Donc, ouais, je pense que j'essayerais d'en parler.
- Et, bon là c'est un peu hypothétique, est-ce que tu peux imaginer mettre en place des choses pour éviter que cela arrive un jour dans ta pratique ou pas ?
- À part ne pas me précipiter sur le téléphone...
- C'est déjà ça... [rire]
- [rire]... après c'est vrai que chez les personnes âgées, on voit effectivement qu'elles ont du mal à monter et à descendre du brancard, peut-être mettre des marches un peu plus stables et un peu plus appropriées dans certains cabinets, effectivement... à part ça...
- Très bien, alors, on va passer au troisième cas « erreur de clic » [lecture de la troisième saynète] ; comment tu réagis ? qu'est-ce que t'en penses ?
- Ça peut tout à fait arriver, surtout en fin de journée, honnêtement ; et ... pfff... moi, ça ne me paraît pas si grave que ça, sachant que en toute logique, bon malheureusement cela ne se passe pas toujours comme ça, mais le pharmacien est aussi là pour éviter ce genre d'erreur... je sais que cela m'est déjà arrivé de faire une erreur sur l'ordonnance, c'était pas forcément de ce type là, mais au lieu de prescrire de la xylocaïne pour injection, j'ai prescrit de la xylocaïne en gel urétral, ben voilà, ça n'allait pas trop et la patiente a dû repasser l'examen. Bon au final je me suis excusée et je lui ai expliqué qu'avec la fatigue et le logiciel informatique, quelquefois on clique au-dessus ou en-dessous et que si effectivement tu relis pas tes ordonnances, ben... ça arrive...
- Bon, et du coup, là est-ce que cela te paraît évitable, est-ce qu'il y a des moyens d'y remédier ?
- Ouais, relire ses ordonnances... [rire]
- [rire]
- Ouais, non, il faut toujours relire ses ordonnances... mais je sais que quand t'as je ne sais combien de patients derrière... effectivement, je comprends que cela ne soit pas toujours simple et que si t'es sûr de toi et que tu as fait la même ordonnance je ne sais pas combien de fois dans la journée, ben effectivement tu peux oublier et tu peux passer à côté ; après je sais que dans les logiciels, il y a tous les trucs qu'il te met avant de l'imprimer : contre-indications, effets secondaires, nin nin... en toute théorie on devrait les lire, mais je trouve que c'est trop chargé pour être lisible, et peut-être faire un truc plus simple au niveau informatique pour nous avertir des grosses erreurs, mais bon, ça serait trop compliqué à faire, donc juste relire...
- Très bien... t'as d'autres choses à dire sur celui-là ?
- Non
- Alors le 4^{ème} : « le vaccin » [lecture de la quatrième saynète]
- [rires]... moi, ça ne m'est jamais arrivé mais on en a discuté l'autre jour en cours, une co-interne à qui s'était arrivé, et elle en avait parlé avec son prat, et son prat lui a dit : « surtout dans ce cas là, tu fais comme si de rien n'était, tu dis que tu as fait le vaccin et voilà » ; du coup, on a discuté là-dessus, la plupart n'étaient pas d'accord avec ce que sa prat lui avait dit et ils lui ont dit qu'il fallait s'excuser, re-prescrire et leur dire de repasser même si c'est un peu difficile à avouer... voilà... moi, je pense que si ça m'arrivait... je pense que je le dirais quand même... parce qu'enfin au niveau de la vaccination, enfin voilà c'est quand même important, qu'on pousse les gens à se vacciner, on leur répète je ne sais pas combien de fois que c'est important et nin nin... si nous, de notre côté on ne le fait pas bien, effectivement, voilà... je pense que je m'excuserais et je leur referais une ordonnance pour repasser une prochaine fois.
- Du coup, est-ce que tu vois des moyens d'éviter ça ?
- Heu... ouais... à part faire attention quand on prépare ses trucs, mais c'est sûr que quand il y a 4 enfants qui gueulent derrière, c'est un peu compliqué... heu, humhumhum... ouais, faire attention à bien sortir tous les flacons et vérifier après qu'on s'est bien servi de tout, tout préparer avant de la faire à l'enfant et de pas faire l'un, après préparer l'autre, enfin voilà... à part ça...
- Très bien... alors le suivant « le vaccin bis » [lecture de la cinquième saynète] ; donc là c'est un peu différent du cas précédent, donc là qu'est-ce que tu fais ?
- Ça, ça m'est déjà arrivé et j'avoue que j'ai fait comme si de rien n'était... c'est vrai que je n'en avais pas reparlé avec mes maîtres de stage, mais pfff... il y avait une petite quantité qui s'était enlevée, je me suis dit que j'en avais injecté pas mal et que ça devrait marcher... honnêtement, là dans ce cas-là, sachant que j'ai déjà piqué avec le bon truc, qu'il y a une certaine quantité du vaccin qui est déjà passé en intramusculaire, je ne pense pas que je referais et honnêtement, je pense que je ne dirais rien à la maman, surtout si elle est un peu affolée et tout... après je pense pas que ce soit l'idéal à faire... mais bon... et je ne me suis jamais informée sur le fait de savoir si un vaccin était efficace si on en injecte que la moitié, j'avoue... je devrais peut-être... mais je laisserais couler.
- Bon, là, est-ce que tu vois des moyens d'éviter ?
- À part avertir vraiment les parents que l'enfant risque de bouger, de vraiment leur dire de bien les tenir et d'essayer de ne pas sursauter en même temps que l'enfant pendant qu'on pique, ça serait déjà pas mal... non à part ça, à part bien tenir l'enfant et pareil, avoir tout bien préparé pour qu'on soit tranquille après pour faire l'injection...

- *Est-ce que tu as d'autres choses à me dire là-dessus ?*
- Heu... pfffff... c'est un peu pareil que le... pareil, ça nous était arrivé avec une de mes maîtres de stage de faire une intradermo avec le BCG, c'est elle qui l'avait faite, et en fait l'enfant avait bougé et elle avait pu injecter que la moitié, et c'est pareil, on en avait reparlé et au final on avait rien dit parce qu'on s'était dit « ça va passer »... je pense que là en l'occurrence, si on l'avait dit, la maman était tellement stressée que ça l'aurait encore plus stressée, donc voilà, on lui a rien dit...
- *Alors on va passer au prochain : « problème de compréhension » [lecture de la sixième saynète]*
- Euh, ouais... [rire]... je pense que là, ici, c'est assez fréquent... [rire]... on a eu un cas un peu pareil, hier, j'espère qu'elle est partie aux urgences, parce que j'étais pas vraiment sûre de moi quand elle est finalement partie qu'elle ait bien compris tout ce que je lui ai dit... heu... moi, je pense qu'il faut, quand on envoie quelqu'un aux urgences, il faut s'assurer qu'il ait un moyen pour y aller... là, effectivement, il n'y avait pas d'urgence vitale, donc on n'allait pas appeler le SAMU ou un transport ou quoi que ce soit, mais je pense qu'il faut quand même s'assurer qu'il y a une voiture ou un ami qui puisse l'emmener, voire si on a un doute, essayer de joindre quelqu'un dans son entourage pour savoir, pour lui expliquer... mais bon, tout ça c'est bien beau en théorie, mais je sais qu'en pratique... pff... quand on a plein de monde derrière, et qu'on se dit, bon les patients ils sont grands, « il a l'air d'avoir compris », enfin, on va pas non plus le prendre par la main et le mener aux urgences... quoi... donc, bon... [tape sur ses cuisses]
- *Du coup, là comment tu gères ? Est-ce que ça te paraît grave ou pas ? Qu'est-ce que tu dis au patient et à son ami ? Comment tu gères ?*
- Bah, pfff... c'est quand même grave parce que finalement, on n'a pas été au bout de nos soins, même si c'était plus vraiment de notre recours, on aurait dû s'assurer qu'il était bien passé aux urgences... heu... je pense que ce qu'on pourrait faire éventuellement, c'est d'appeler les urgences en fin de journée ou un peu plus tard pour assurer qu'il y est bien allé... mais je redis : tout ça c'est hypothétique... après à lui, je lui reposerais la question de me réexpliquer ce qu'il a compris de la dernière fois et lui demander pourquoi il a pas consulté. Voilà s'il a juste pas compris, ou alors s'il ne voulait pas y aller ou alors si tout à coup, il avait plus mal et qu'il s'est dit que ça ne servait plus à rien... et voilà, après, comme j'ai dit, on ne peut pas non plus prendre les patients par les mains et tout leur faire... [sourir]... je ne sais pas si après... enfin si, je sais que s'il se passe quelque chose après ça va retomber sur nous mais honnêtement, je ne me sentirais pas coupable sachant que si je lui ai dit 10 fois d'aller aux urgences et que j'ai l'impression qu'il avait compris... après... [se tape sur les cuisses]... c'est sûr, on aurait pu un peu plus insister et appeler quelqu'un en direct et qu'on le voie...
- *Et là, pour ce cas-là, est-ce que tu vois des moyens d'éviter ?*
- Ouais, ben, justement essayer de joindre quelqu'un qui comprend bien tout ce qu'on dit et de lui organiser un transport si vraiment on voit que c'est difficile pour lui d'y aller et que c'est quand même assez urgent... à part ça, à part lui expliquer 10 fois... [rire]
- *Est-ce que tu as d'autres remarques ?*
- Bah, c'est vrai que c'est une question qui est intéressante, parce que... enfin... ça remet aussi en cause quand est-ce qu'on peut leur dire d'aller d'eux-mêmes aux urgences et quand est-ce que nous on considère qu'on doit appeler un transport pour les y emmener... enfin, moi, je trouve pas ça toujours très évident. Bon y a des cas c'est certain, on va appeler le SAMU mais d'autres on pourrait se poser la question d'appeler un transport pour qu'il l'emmène... après, je pense qu'il y a aussi des transports abusifs... enfin, ouais, je pense que c'est pas tout le temps simple de prendre la décision de comment ils vont y arriver. De dire d'aller aux urgences, au final, c'est facile, après faut être sûr que ce soit suivi...
- *Je passe au suivant ?*
- Hum
- *[lecture de la septième saynète « visite à domicile »]*
- Heu, oui, je pense que ça c'est un peu le piège des visites à domicile, où on n'a pas le dossier sous les yeux et où on devrait... où les gens s'attendent à ce qu'on se remémore tout et voilà... sauf que je pense que c'est impossible... après c'est vrai que, bon, moi je le ferai peut-être parce que j'ai pas l'habitude, mais je sais que les, les... ceux qui sont installés depuis longtemps le font probablement plus trop, ça serait de revoir le dossier avant d'aller chez une patiente... après c'est sûr que si elle appelle et qu'elle dit que c'est pour un renouvellement d'ordonnance, je comprends qu'on se dise « ah, non, je regarde pas le dossier, je la connais par cœur » et que du coup on passe à côté de la lettre du cardio envoyé il y a quelques semaines... enfin, je pense que c'est une erreur qui peut facilement se produire, et c'est une erreur qui est compréhensible, et c'est pas une erreur très très grave... à part s'il y avait eu des changements majeurs dans la prescription, mais voilà s'il y avait eu des changements majeurs, sachant que le courrier du cardio on l'a en théorie quand même lu, ça nous aurait marqué et on l'aurait quand même enregistré, donc bon...
- *Du coup tu dis quoi à sa fille ? ou à la dame ?*
- À sa fille, je lui dirais que, oui, effectivement, j'ai reçu le courrier du cardio, que je ne l'avais pas relu avant de venir chez elle, et que j'avais oublié qu'il avait changé de médicament, d'hypertenseur...
- *D'accord*
- En espérant, qu'elle puisse quand même comprendre qu'on mémorise pas tout... [rire]...
- *Et est-ce que tu vois des moyens faisables pour éviter ce genre de chose ?*
- Heu, relire le dossier avant de partir, après je sais qu'il y a des gens qui font ça aussi, et je trouve ça pas mal, de garder chez la patiente un cahier avec tout ce qui a été fait, les ordonnances, les différents courriers médicaux... les infirmières qui passent marquent quelque chose dedans, les médecins qui passent marquent quelque chose dedans pour qu'il y ait un suivi un peu plus important à domicile, je trouve ça pas mal... c'est quelque chose qu'on peut éventuellement programmer chez certains patients, et c'est quelque chose qui n'est peut-être pas assez fait... c'est tout...
- *D'accord... [rire]... alors, on va passer à celui d'après : « examens complémentaires non lus »... [lecture de la huitième saynète]... qu'est-ce que tu fais ?*
- Heu, on les a vus quand les résultats au final ?
- *La semaine d'après...*
- Bah, là pour le coup, c'est un peu de notre faute, parce que je pense que si on prescrit un bilan qui est assez important... bon, là, on suspectait fortement un problème thyroïdien. Voilà, si on lui prescrit ça, si en plus, on lui dit qu'il faut le faire rapidement, je pense qu'il faut au moins se noter quelque part qu'il faut jeter un coup d'œil sur cette prise de sang... justement, on en parlait l'autre jour parce qu'il y a des dizaines de bilans qui arrivent tous les jours, et c'est vrai que, ben, même ma maître de stage, elle dit qu'elle n'a pas le temps de tous les regarder et que effectivement, s'il y a un truc de grave ça nous retombe dessus parce que c'est nous qui l'avons prescrit et qu'on est censé tous les regarder... voilà, je comprends qu'on puisse passer à côté de petits trucs sur des bilans, voilà, des bilans lipidiques, des bilans de diabète qu'on prescrit tous les ans, enfin, voilà, ça je peux comprendre... après, là dans ce cas-là, je pense que j'aurais fait une erreur parce que j'ai prescrit un bilan précis et je lui ai dit de ne pas trop tarder, et voilà au final, j'aurais dû faire quelque chose... c'est comme si, je sais pas, j'avais prescrit une troponine aux urgences et que finalement, on va se coucher au lieu de la regarder... enfin, là c'est un peu la même chose... là pour le coup, c'est un peu délicat...
- *Et du coup, qu'est-ce tu fais vis-à-vis de cette jeune fille ?*
- Ben, je la rappelle... [rire]... tout de suite... je la rappelle et je lui demande de revenir, et je lui dirais quand même que j'ai pris un peu de retard à voir son bilan, et qu'il faut se dépêcher de mettre en place un traitement... ben, voilà, je pense que je m'excuserais quand même un petit peu parce que j'aurais quand même un peu... enfin, ça me mettrait mal à l'aise... honnêtement, oui...
- *Et du coup, t'en parles autour de toi vu que t'es mal à l'aise ? Qu'est-ce que tu fais ?*
- Hum, oui, si ça m'arrive, déjà j'en parle à la maison et tout, voilà déjà pour décharger un petit peu... après je pense que oui, c'est des problèmes qu'on peut tout à fait aborder dans un groupe de parole, parce qu'au final, je pense que tous les généralistes qui sont installés ont un peu ce

- genre de soucis, et les résultats qui arrivent, qui arrivent, et on est censé tout regarder... alors, oui, je pense que c'est un problème facilement abordé en groupe de parole, pour essayer de trouver une solution...
- *Est-ce tu vois des moyens d'éviter ça ?*
 - Je pense que je me le noterais, je me le noterais à part : résultats importants, résultats à regarder tel jour... ouais, je pense que je me le noterais... effectivement, j'imagine qu'après une journée de consult, si on ne se le note pas, à la fin de la journée, on oublie...
 - *Est-ce que tu as d'autres remarques ?*
 - Non
 - *Alors, on va passer au suivant : « interactions médicamenteuses »... [lecture de la neuvième saynète]...*
 - Ben ça c'est un peu la même chose, comme quoi, il faudrait relire les ordonnances avant de les imprimer et de regarder les contre-indications ; après c'est vrai que c'est un peu le problème des patients qui sont polymédiqués, qui ont une énorme ordonnance, que chacun rajoute des trucs à droite à gauche, au final, on ne sait plus ce qu'elle prend au début... c'est vrai que, moi j'ai un peu une mauvaise expérience avec les antidiabétiques oraux dans un précédent stage, du coup, je fais très très attention à ceux qui sont sous antidiabétiques oraux... bon ça peut être pareil avec un autre médicament, donc ça ne change rien... bon, là effectivement, c'est une erreur médicale, il n'y a pas de question à se poser... on aurait dû relire l'ordonnance, on aurait dû tilter et effectivement si le traitement était inévitable, on aurait dû avertir la patiente d'une éventuelle aggravation des hypoglycémies en la prévenant... au final, elle s'en est rendu compte et c'est pas aller trop loin mais bon... je pense que c'est une erreur qui est assez fréquente...
 - *Et du coup, qu'est-ce que tu lui dis à cette patiente ? Qu'est-ce que tu fais ?*
 - Ben, je lui expliquerais qu'effectivement, il y a une interaction entre le fluconazole et les antidiabétiques oraux et que j'aurais dû la prévenir... et je pense que ça serait important d'avoir sur les ordinateurs une case avec le traitement de base, en fait... une case avec tous les traitements habituels du patient et ne pas avoir à chercher le traitement qui a peut-être été prescrit six mois auparavant et qui n'apparaît plus du tout... voilà, pour avoir un petit peu à l'œil, ou alors se le noter dans un coin : « attention antidiabétiques » ou d'autres médicaments qui ont des interactions fréquentes... voilà, mais bon, c'est une erreur qui arrive, qui doit arriver assez souvent... après tant que ça s'arrête là, c'est pas trop grave, mais bon...
 - *Tu as des remarques ?*
 - Non, mais bon... ça je m'en suis surtout rendu compte depuis mon stage en ville, parce qu'à l'hôpital on s'en rendait pas compte, on fait les ordonnances de sortie et puis on n'en entend plus parler. Mais c'est vrai qu'en ville avec les ordonnances à rallonge... voilà il faudrait prendre le temps de bien regarder chaque ordonnance et de réfléchir à chaque médicament qu'on rajoute même si c'est long et que dans une journée chargée, ça paraît très difficile à faire... voilà...
 - *On passe au suivant ?... « allergie médicamenteuse » [lecture de la dixième saynète]... alors qu'est-ce que tu fais ?*
 - Je dis au pharmacien de dire à la patiente de repasser au cabinet pour changer son ordonnance, et je rajoute en gros allergie dans le dossier... ça c'est pareil, ça doit arriver assez fréquemment... après, je sais que je suis un peu maniaque là-dessus, mais à chaque fois que je mets quelqu'un sous antibio, je lui redemande s'il est allergique... le problème c'est vrai que les gens quelquefois ils ne s'en rappellent pas ou ils n'interprètent pas ça bien... voilà, bon, ça peut de toute façon arriver avec n'importe quel autre médicament... honnêtement, moi, si j'étais à la place de la patiente, j'en voudrais à mon médecin... voilà, si je lui ai dit un jour et qu'il ne l'a juste pas noté dans son dossier, moi je lui en voudrais... après, à la place du médecin, c'est une erreur c'est sûr, heureusement, il y a les pharmaciens derrière pour rattraper les conneries... après c'est important quand on crée un dossier médical pour quelqu'un de bien reprendre ces choses-là, de bien demander s'ils ont eu des allergies et de bien les noter... je sais qu'il y a des systèmes informatiques qui permettent que ça clignote quand quelqu'un est allergique à quelque chose, qui met directement sur l'ordonnance « ne pas délivrer machin », donc ça je trouve ça bien... encore faut-il que ce soit marqué dans le dossier... après oui, éventuellement demander à la patiente si elle le savait et pourquoi elle ne nous l'a jamais dit... bon après c'est à nous de poser la question, donc bon...
 - *Et qu'est-ce que tu dis à la patiente ? Comment tu gères la patiente ?*
 - Moi, je pense que je lui demanderais si elle nous l'a déjà dit et si elle nous répond « oui », je lui dis « ben, désolée, j'ai dû passer à côté, je vais le noter en gros et ça n'arrivera plus » ; si elle dit « non » qu'elle ne nous l'a jamais dit, je lui dis que j'aurais dû lui poser la question, et je lui redirais que c'est très important qu'elle le dise à tous les médecins qu'elle croise... voilà...
 - *Tu as des remarques ?*
 - Non
 - *Il en reste deux... [rire]... « consultation par téléphone » [lecture de la onzième saynète]... qu'est-ce que tu en penses ?*
 - Ben, ça c'est toute la problématique des avis par téléphone ; justement, on en a parlé ce midi, et ma maître de stage a tendance à me dire « si quelqu'un t'appelle dans la journée pour un enfant, il faut essayer de le prendre et de le voir et de ne pas donner d'avis par téléphone ». Voilà, dans l'idéal, je pense que c'est ce qu'il faudrait faire surtout chez les petits... après d'un côté, au téléphone, il n'avait pas l'air très mal en point, on lui a donné un RDV pour le lendemain matin, voilà... on ne peut pas non plus prévoir ce qui va se passer ; et de l'autre, on aurait dû lui poser un peu plus de questions. Mais bon, si j'avais été dans cette situation- là, je me serais dit « hof, je le vois le lendemain, je lui poserais le reste des questions le lendemain »... après c'est sûr, c'est bâtarde, parce que s'il arrive un truc dans la nuit, on est fautif... donc ouais, c'est difficile... avant d'être en stage chez le prat, je me suis toujours dit qu'il ne faut pas faire de diagnostic par téléphone, que les enfants, il faut les voir ; et puis on se rend compte que en pleine épidémie, quand ils appellent tard le soir... pfff, voilà, on est un peu débordée et du coup, on se laisse un peu aller à la facilité jusqu'à... jusqu'à ce qu'il arrive quelque chose... donc, ouais, c'est hyper délicat comme situation ; là pour le coup, s'il est tout raplapla et s'il était arrivé quelque chose de grave dans la nuit, ça aurait été une faute grave de notre part de ne pas l'avoir pris...
 - *Qu'est-ce que tu dis à la maman, du coup ?*
 - Pff, c'est difficile parce d'un côté on l'a rassuré le soir d'avant et là, on se décrédibiliserait un petit peu en lui disant... je sais pas, c'est difficile... honnêtement, je sais pas, je ne sais pas ce que je lui dirais... ouais, je lui dirais d'aller aux urgences et heu, je la re-questionnerais quand même sur comment il était le soir d'avant, s'il était vraiment mieux que ça et si ça s'est dégradé rapidement dans la nuit, histoire de me donner bonne conscience aussi, mais ouais... je pense que c'est super délicat comme situation, ça m'est jamais encore arrivé, mais je la crains un peu... justement, on en parlait tout à l'heure, parce que mon copain travaille dans la police et ils ont été appelés cette nuit pour une petite fille de 6 ans qui est morte dans le camion des pompiers pendant qu'ils essayaient de la réanimer ; elle avait diarrhées, vomissements, donc elle était allée voir le médecin le matin avec de la fièvre ; le médecin a dit « c'est une gastro » et dans la nuit elle est morte parce que... là ils pensent à une méningite... enfin, c'est exactement ça... et du coup, quand il m'a raconté ça, je me suis dit, c'est très tendu comme situation et si jamais ça m'arrive un jour... j'aurais des remords, vraiment beaucoup, beaucoup de remords de pas mettre dit « aller, je le prends ce soir » ; enfin, je pense qu'il faut vraiment les prendre, parce que c'est à chaque fois qu'on se dit qu'il ne va rien se passer qu'il se passe un truc... donc, voilà...
 - *Est-ce que tu vois d'autres moyens qui permettent d'éviter ça ?*
 - Ouais, peut-être de dire à la maman de surveiller son enfant vraiment régulièrement pendant la nuit, et si vraiment elle voit que ça s'aggrave, d'appeler les secours ; et peut-être d'avoir en tête ou sur un coin de papier des questions un peu standardisées à lui poser pour vraiment nous orienter vers la gravité et pas être pris au dépourvu quand on est au téléphone et qu'on a plein de trucs à faire à côté... mais bon, je pense qu'il faut le prendre si on peut le prendre... même si je sais que c'est très utopique... c'est tout... [rire]
 - *Alors le dernier : « le confrère »... [lecture de la douzième saynète]... qu'est-ce que tu en penses ?*

- Heu... du coup, retard de prise en charge... pfff... c'est un petit peu le même souci que les examens biologiques d'avant... en fait, l'idéal, c'est qu'on suive vraiment tous nos dossiers et qu'on note ce qui est important, qu'on rappelle les gens si jamais il y a un souci, voilà si on se pose des questions... le problème c'est qu'ils sont tous débordés, et le temps le permet pas... effectivement, j'ai aussi un peu tendance à dire aussi que les patients sont aussi responsables de leur santé et ne doivent pas tout reposer sur leur médecin. Après effectivement, si cette situation devait m'arriver, je remettrais un peu en cause ma pratique parce que si je l'avais appelé un peu plus tôt, il aurait eu de meilleures chances de survie... ouais... après parler vraiment de faute ou pas, c'est difficile... effet indésirable c'est sûr... après de savoir si c'est vraiment une faute de notre part, je ne sais pas... en fait, nous, on avait le résultat de l'épaississement de l'œsophage et après il a plus consulté, c'est ça ?
- Hum...
- Bon, ça c'est un peu pareil que le truc de la TSH, c'est des trucs qu'il faut mettre de côté. Je pense que c'est des trucs qui doivent nous marqués quand on lit les CR et qu'on doit mettre de côté pour pouvoir s'en occuper après... bon, voilà... je me dis que le chirurgien ou le gastro doit avoir informé le patient aussi et qu'il doit bien lui avoir dit qu'il fallait se dépêcher et qu'il fallait savoir ce que c'était... bon, après faut jamais se reposer sur les autres... ouais, après je remettrais un peu en cause ma pratique et j'aurais mauvaise conscience vis-à-vis de ce patient, qui pensait peut-être que « l'épaississement de la muqueuse, on s'en fout » et qu'il était à l'abri de tout... ouais, c'est quand même plutôt grave comme situation...
- T'en parle, t'en parle pas ? Qu'est-ce que tu fais ?
- J'en parle, peut-être pas au patient parce que c'est hyper délicat de lui dire « eh, bien, monsieur, si vous étiez venu 6 mois plus tôt, on aurait pu vous sauver ». Je ne sais pas si ça sert vraiment à quelque chose de lui dire ça comme ça. Après, je pense que j'en parlerais autour de moi pour essayer de me soutenir, parce que je pense que c'est hyper délicat comme situation... et ouais, ça me renforce dans l'idée qu'il faut mettre de côté les trucs qui me paraissent graves ou qui me paraissent importants... ça c'est toute la difficulté de la pratique en ville, et ça on s'en rend pas du tout compte avant qu'on soit en stage en cabinet, parce que c'est vrai que à l'hôpital quand tu as un truc de grave, c'est dans le dossier et tu le retrouves tout de suite, et t'as 10-15 patients à charge, et même si ça tourne, tu les vois toute la journée... et là, ça peut facilement passer à travers et c'est un peu flippant... donc, je pense qu'il faut essayer de se trouver des astuces pour noter ou se mettre de côté... je ne sais pas comment je m'organiserai plus tard, mais j'essaierai de noter ou d'y penser... mais, je peux complètement comprendre qu'un médecin soit totalement submergé et puisse passer à côté, malheureusement, je pense que ce sera de plus en plus le cas...
- Est-ce que tu as, vu que tu m'as déjà dit que tu avais vu des événements indésirables en cabinet, un autre type d'évènement indésirable à me raconter ?
- Heu, qu'est-ce que je pourrais raconter... effectivement, sur les vaccins, où t'as la moitié du produit qui part à côté, ça m'avait marqué... après, oui, j'avais dû rappeler un patient, parce que c'était un patient qui était sous aspirine à forte dose et il était venu pour un lumbago et je l'avais mis bêtement sous AINS. Pareil, en n'ayant pas relu l'ordonnance, en n'ayant pas réfléchi, c'était au début de mon stage, et du coup, j'en avais reparlé avec mon maître de stage, et j'ai rappelé le patient... je lui ai dit que oui, j'aurai pas dû lui prescrire ça, qu'il devait prendre d'autres antalgiques à la place. Au final, je me suis dit tant mieux, que j'avais pu le rappeler dans la journée... et au final, ça m'est resté, c'était une bonne leçon... après, il y avait aussi une... j'ai fait... alors, là pour le coup, je pense que c'était vraiment une erreur médicale, et je m'en suis rendu compte que quelques jours après, je ne sais pas pourquoi, j'ai eu une espèce de flash... je devais faire un vaccin de la grippe chez une dame, qui en fait était sous AVK pour une embolie, et en fait, sans réfléchir, je lui ai fait en IM, et mon maître de stage était à côté et il a pas tilté ; c'est plusieurs jours après, j'ai eu un dé clic et je me suis dit « mince, elle était sous AVK » ; du coup, j'ai appelé mon maître de stage en panique pour lui dire, et il m'a dit « non, t'inquiète pas, je vais rappeler la patiente » et au final, tout allait bien. Donc au final, je me suis fait du souci pour rien... voilà, au final, ça m'a bien marqué aussi, et au final, je ne recommencerai pas... comme quoi, c'est tellement vite arrivé... c'est vrai que quand on est dans le bain, on ne réfléchit pas à ce genre de chose, c'est seulement quand on est posé et qu'on réfléchit à tout ce qui pourrait arriver, qu'on se dit « waouh »... [rire]... donc voilà...
- Est-ce que là avec les petits questionnaires, ça te fait réfléchir à ta pratique professionnelle future ? Est-ce que tu avais déjà réfléchi à un certain nombre de chose à mettre en place ?
- C'est vrai qu'ils sont pas mal, parce qu'effectivement à chaque truc, ça te rappelle un truc, et tu te dis « oui, effectivement, j'ai déjà eu ce genre de problème-là ou quelque chose dans le genre »... ouais, moi, ce que j'avais déjà réfléchi, c'était les questions des interactions, de mettre une ordonnance sur le côté et de vérifier à chaque fois, ça ça serait bien de le faire ; et aussi de me noter les résultats importants qu'il faut que je revois, ou les patients qu'il faut rappeler parce qu'il y a des trucs qui ne sont pas normaux dans leur bilan ou dans leur analyse, ça je m'étais déjà fait la remarque plusieurs fois ; après j'avoue, tout le truc sur le secret médical, ça m'était un peu passé à côté, mais bon j'avoue c'est pas top effectivement... ouais, c'est surtout ces choses-là... j'avoue ça remet violemment en cause la pratique, quand on est à l'hôpital, on est un peu bichonné, un peu entouré de partout, et au final, on ne se pose pas toutes ces questions-là. Et c'est que quand on est lâché en cabinet, qu'on se rend compte, ben, que y a pas juste la prescription, y a tout ce qu'il y a autour, et ça devient très complexe... [rire]... et des fois, ça fait un peu peur...
- Alors, je vais rebondir sur ce que tu dis, est-ce que tu en avais déjà entendu parler des événements indésirables, pendant tes études... ou pas ? Est-ce que t'as eu des cours spécifiques, ou pas ?
- Je sais que la définition que tu as lu, ça me dit quelque chose, ça me parle, je pense qu'on a dû déjà le voir dans un cours... mais rien qui me reviendrait de spécifique à l'esprit tout de suite... non, honnêtement, on en parle pas, ou alors, c'est des cours très très théoriques, du moins, avec les définitions, les trucs... je pense qu'on devrait plus en parler, le problème, c'est que quand on est dans les études, on est très dans le théorique, et même s'ils nous présentent des situations comme ça, on se dit « oui, oui, faut faire ça, faut faire ça », et c'est qu'une fois en pratique, qu'on se rend compte que la plupart des trucs c'est un peu utopique et que c'est hyper complexe...
- Comme tu me dis que les cours c'est théorique, ça te paraît quand même important d'avoir des cours ? Qu'est-ce qu'il faudrait modifier dans notre cursus pour avoir conscience de ce que c'est un événement indésirable dans la vie de tous les jours en cabinet ?
- Alors, je sais qu'il y a un séminaire « événement indésirable » qui est organisé par les facs. Je n'y suis pas encore allée, je comptais y aller au semestre prochain ; je ne sais pas ce qu'ils apportent en plus par rapport aux cours qu'on a eu à la fac, peut-être qu'eux effectivement, ils travaillent plus à base de cas cliniques comme ça, ils exposent des faits qui ont pu nous arriver... je pense que c'est ça qui est important, de mettre en relief des cas réels et éventuellement, d'interroger quelqu'un, un étudiant au hasard, « tiens, toi est-ce que ça t'ai déjà arrivé ? Qu'est-ce que tu aurais fait dans cette situation ? Ou alors s'il t'es déjà arrivé un événement semblable, qu'est-ce que tu as fait dans cette situation ? ». Enfin je pense que c'est plus des cours qu'il faut intégrer pendant l'internat et pas avant, parce qu'avant, ça sert à rien... avant, je ne pense pas qu'on ait assez de recul pour comprendre toute la complexité qu'il y a derrière et comment tout ça peut s'articuler en pratique, je ne pense pas...
- Est-ce que tu as d'autres choses auxquelles tu penses ? Des remarques ?
- Non, bah, à part dire que tous les cas sont assez représentatifs et que ça amène à réflexion, c'est pas mal... et je pense qu'effectivement, on ne le fait pas assez souvent... peut-être que tous les médecins, même ceux qui sont installés depuis plusieurs années, devraient quelquefois se remettre un peu en cause et réfléchir à ces problèmes-là ; je pense qu'il y a peut-être un peu trop d'habitudes qui s'installent au fil des années et de petites erreurs qui se glissent par-ci, par-là, jusqu'à ce qu'effectivement ça donne un gros événement qu'on pourrait peut-être éviter en se posant un peu plus de questions comme ça... voilà...
- Merci

Entretien 2 (1h05)

- *Moi, je suis Emilie, je suis à Paris 5, j'ai fini mon internat en 2011 et là je suis remplaçante en cabinet. Donc, je fais une thèse qualitative sur les événements indésirables en cabinet vu par les internes de médecine gé. Donc, c'est des entretiens semi-directifs, c'est-à-dire que je vais te poser quelques questions et toi tu vas me dire ce que tu as envie de me dire là-dessus ; c'est enregistré parce que sinon, je ne suis pas capable de me souvenir de tout ce que tu vas dire. Par contre, tout ce qui est ton nom, ton prénom, le lieu sera gommé pour qu'on ne puisse pas te reconnaître quoique tu dises.*
- D'accord
- *On est sur ton lieu de stage et on est le 12 avril 2013. Alors vas-y dis-moi qui tu es.*
- Alors, je suis M. en 5^{ème} semestre à U.
- *Tu as fait quoi comme stage jusqu'à présent ?*
- J'ai fait moitié gériatrie aiguë, moitié psycho-gériatrie comme premier stage; après, les urgences, puis urgences pédiatriques, puis stage chez le prat en centre de santé et enfin les soins palliatifs.
- *Et ton prochain stage, c'est quoi ?*
- Gériatrie aiguë à Bretonneau .
- *Et c'est quoi, ton projet professionnel ?*
- Moi, j'aimerais bien travailler en centre de santé.
- D'accord
- J'aimerais bien être dans une structure de ce type, parce que j'ai fait mon stage chez le prat en centre de santé à Gennevilliers et je trouve que ça me correspond bien parce que j'ai pas du tout un tempérament pour travailler toute seule, et on a des consultations en ville mais il y a beaucoup d'interactions parce que... en fait ce que j'avais bien aimé c'est que sur place il y a un labo, de la radio, donc ça permet de gérer les semi-urgences ; c'est hyper cool, on peut même faire des sutures ; il y a des infirmières avec qui on travaille de concert, donc c'est vraiment cool et il n'y a pas tout le côté administratif... [rire]... ce qui n'est pas déplaisant non plus...
- *Alors, je vais te demander qu'est-ce que pour toi un événement indésirable ?*
- C'est tout événement dont la survenue était prévisible ou non ; événement indésirable, je pense que ça peut soit être la conséquence d'une faille, d'une erreur quelque part, mais ça peut tout aussi être un effet secondaire inattendu, tout ce qui relève de l'aléa thérapeutique ; pour moi, ça englobe les deux. Mais en tout cas, événement indésirable ça sous-entend un peu la notion de responsabilité.
- *Humhum ; est-ce que tu fais une vraie différence avec erreur médicale ou pas ?*
- Oui, parce que pour le coup, événement indésirable... pour moi, ça englobe aussi la composante aléatoire qui n'est pas forcément la conséquence d'une erreur médicale...
- *D'accord ; tu vas me dire ce que tu penses de la définition officielle du ministère de la santé « c'est l'ensemble des événements non désirés liés aux soins ».*
- Dans l'absolu, oui ; en même temps, c'est une définition qui est assez lisse, qui ne se mouille pas ; parce que c'est un peu facile de définir « indésirable » par « non désiré » ; ça pourrait être plus précis mais en même temps, je pense que c'est volontairement un peu flou parce que ça englobe un champ tellement large que ce n'est pas possible de le décrire succinctement sans être flou.
- *D'accord. Alors, je vais te lire plusieurs de ce que j'ai appelé « cas cliniques »... [rire]... et pour chacun, tu vas me dire ce que tu en penses. [lecture de la première saynète « répondre au téléphone devant un patient »]*
- Pour ce qui est de la chose bien, c'est que le médecin ait pris du temps pour donner les informations nécessaires, enfin toutes les informations qu'il avait en sa possession ; après, ce qui est là un peu problématique c'est que manifestement le secret médical n'a pas été conservé : le patient présent a su de qui il s'agissait. Après, dans l'absolu, le médecin aurait dû faire attention à ne pas prononcer le nom de la patiente mais à dire «oui » quand le médecin urgentiste lui a demandé de confirmer l'identité. Mais là dans la mesure où c'est trop tard, et que le patient présent dans le cabinet à l'air d'être un proche et de s'inquiéter de la santé de la patiente, je pense que moi je dirais au patient présent dans mon cabinet dans quel hôpital il peut aller rendre visite à la petite mamie, à fortiori si je sais qu'ils ont une réelle entente, de vraies accointances, ce qui est possible en tant que médecin généraliste parce que probablement il connaît les deux patients depuis un moment.
- *Est-ce que ça pourrait arriver ? Est-ce que ça te paraît grave ?*
- Oui, je pense que ça pourrait m'arriver dans l'absolu. Dans l'absolu c'est grave puisque c'est quand même primordial le secret médical mais s'il n'y a pas de dérive et que cela ne nuit pas à la patiente, ben...de toutes façons c'est arrivé, c'est arrivé.
- *Est-ce que tu vois des moyens d'éviter ce type de...*
- Des moyens théoriques ? Ben, ça serait de dire au patient avec qui on est dans le cabinet « est-ce que je peux vous faire patienter dehors quelques minutes ? ». Mais on sait très bien que cela n'est pas possible, que ce n'est pas faisable en ville, surtout si la salle d'attente est pleine. Mais un moyen, ça serait de répondre juste par oui à l'identité de la personne et de dire « oui la patiente dont vous parlez est bien ma patiente » sans dire le nom.
- *D'accord est-ce que tu as des remarques ? D'autres choses à dire ?*
- Non là je ne vois rien.
- *On va passer au deuxième [lecture de la deuxième saynète « chute au cabinet »]*
- Là, l'erreur a été de ne pas accompagner Mme B. jusqu'à la fin de son mouvement pour descendre de la table d'examen et se rasseoir. Donc là, clairement, il y a une erreur, une faute réelle du médecin. La conduite à tenir, du coup, c'est de réexaminer la patiente. Si elle est douloureuse, c'est une bonne chose de l'avoir adressé s'il estime que cela mérite des examens approfondis et notamment une imagerie. Après, il suffit juste d'assumer la responsabilité de sa faute et de mettre dans son courrier « elle est tombée dans mon cabinet » et ensuite de s'assurer de la continuité des soins, de prendre ses nouvelles, de s'excuser bien évidemment auprès de la patiente. Et la prochaine fois de laisser sonner le téléphone.
- *Est-ce que cela pourrait arriver ? Est-ce que cela te paraît grave ?*
- Oh oui, je pense que cela pourrait m'arriver parce que c'est tellement automatique, on a tellement l'habitude de devoir répondre à un téléphone qui sonne. Oui c'est grave, mais je pense que si cela m'arrivait, parce que cela ne m'est jamais arrivé, si cela m'arrivait une fois je pense que je retiendrais la leçon et la fois d'après je laisse mon téléphone sonner... Oui c'est grave, parce que cela est délétère pour elle si effectivement elle fait un col ou je ne sais pas quoi et qu'elle perd son autonomie...effectivement c'est hyper grave. Ben, là, la seule chose à faire c'est de veiller à ce que la prise en charge soit la meilleure possible... et de veiller à ce que cela ne se reproduise plus.
- *Est-ce que cela pourrait avoir des effets sur toi, en tant que personne ?*
- Ah oui je pense qu'il y a de quoi se sentir coupable, de s'en vouloir. Oui, parce que ça, pour le coup, c'est tellement bête et énorme comme faute qu'on se dit que quelque chose d'aussi grossier ne peut pas nous arriver alors que si. Je pense que comme, en plus, c'était hyper facilement évitable, il y a de quoi se sentir coupable pendant un moment.
- *Est-ce que tu as des remarques ?*
- [négation de la tête]
- *Alors on va passer au troisième [lecture de la troisième saynète « erreur de clic »].*

- Je pense que si ça m'arrivait, je commencerais d'abord par rigoler. On explique au pharmacien que c'est une erreur de prescription et que c'est pas du tout ce qu'on voulait taper. Je pense qu'il doit y avoir une partie automatique, qui avec le début du mot prescrit la suite. On lui dit que c'est une erreur d'inadvertance et on lui dit ce que l'on voulait prescrire réellement.
- *Est- ce que tu en parles autour de toi ? Est- ce que cela peut avoir des conséquences sur toi sur ta pratique ? Est- ce que c'est grave ?*
- Là, sur le fait, c'est grave de se tromper de médicaments. Là ce qui a été positif c'est que le pharmacien a eu le bon réflexe et que l'erreur de prescription a été évitée. Après, juste voir si le logiciel qu'on utilise est adapté. Il vaut mieux mettre en œuvre des mesures de sécurité qui font qu'il faut vraiment taper le médicament en entier. Et puis ça permet de se rappeler qu'il faut bien encore et encore relire ce qu'on fait et ne pas signer machinalement même après une journée. Dans l'absolu, oui, c'est grave mais je pense que ça nous est déjà tous arrivé. Et c'est justement le fait que ce soit déjà arrivé, qu'on fait attention. Personnellement ça m'est déjà arrivé de prescrire du Diffu-K alors que je voulais prescrire du Kayexalate, et de m'en rendre compte deux jours après et de faire genre « oups » ; genre, après, coup de bol il avait miraculeusement normalisé sa kaliémie. Du coup, quand je m'en suis rendu compte, j'ai écrit dans le dossier que je m'étais trompée mais qu'heureusement il ne s'était rien passé. Mais du coup, même quand il y a plein de patients qui viennent en plus, et que ça fuse dans tous les sens, je fais attention.
- *Comment tu as géré, du coup ? Tu as appelé le patient ?*
- Ben non, en fait c'est le patient à qui j'avais demandé de revenir deux jours plus tard, qui est venu avec les médicaments que je le lui avais prescrit et c'est là que je me suis rendu compte que j'avais fait n'importe quoi ; donc je lui dis « bon, maintenant on arrête ça » et je crois que je ne lui ai même pas dit que je m'étais trompée. Je crois que je lui ai juste dit qu'on allait arrêter ça et que ça s'était normalisé, qu'on allait recontrôler, parce que du coup je lui avais fait refaire encore un bilan de contrôle mais je ne lui ai pas dit que je m'étais trompée.
- *Tu as des remarques ?*
- Non, mais ça pour le coup, c'est une erreur qui peut arriver facilement ; parce qu'à l'inverse, ce n'était pas le même type d'erreur de médicaments mais à l'hôpital ça m'est déjà arrivé de prescrire un médicament à la voisine de chambre, de prescrire des bisphosphonates à la voisine de chambre... Mais pareil, ça n'avait pas eu de conséquences...mais je pense que c'est très très facile comme erreur et du coup on doit être d'autant plus vigilant.
- *Tu utilises le mot erreur...*
- Parce que là c'est clairement une erreur de la part du prescripteur.
- *D'accord...*
- Là pour le coup, il y a la responsabilité qui est pleinement engagée parce que là c'est vraiment une erreur de manque d'attention
- *Tout à l'heure tu as dit « erreur, faute »...*
- Ah oui c'est vrai que j'ai dit faute tout à l'heure mais là dans l'absolu c'est... Alors j'espère que je ne vais pas avoir à expliquer la différence entre erreur et faute mais pour moi, dans ce cas- là, comme c'est par manque d'attention je pense que c'est même plus une faute parce que, pour moi, la notion de responsabilité est encore plus présente dans la faute que dans l'erreur... Parce que là, la faute est du seul fait du prescripteur, alors que je pense que dans l'erreur il y a des éléments externes qui peuvent intervenir. Je pense que ce n'est pas l'unique responsabilité de l'intellect du prescripteur. Je pense que la faute est plus grave que l'erreur. J'espère que je ne me trompe pas...
- *Il n'y a pas de jugement... Tu as des remarques ?*
- Non
- *Alors on va passer à l'autre d'après. [lecture de la quatrième saynète « le vaccin »] Qu'est- ce que tu en penses ?*
- Ben, je m'excuse auprès de la mère, je lui dis. Enfin, surtout je la rassure en lui disant que le fait de n'avoir injecté que l'adjuvant tout seul, cela n'aura aucune conséquence ; mais là, il a juste eu une piqûre gratos. Et ce que je lui propose c'est de lui represcrire le vaccin, qu'elle rachète à la pharmacie et que de toute façon ça lui sera remboursé et qu'elle peut venir quand elle veut, que je lui ferai, que je ferai passer son petit entre deux patients et qu'elle n'aura pas attendre... Enfin, j'essaie de trouver une compensation pour qu'elle ne soit pas contrariée et surtout je pense le plus important c'est de la rassurer sur l'innocuité de l'injection de l'adjuvant tout seul.
- *Est- ce que cela aura des conséquences pour toi personnellement ? Ou sur ton travail ? Est- ce que cela te paraît grave ?*
- Non, c'est moyennement grave. Parce que l'acte en soi n'aura pas beaucoup de conséquences. Après c'est grave de s'être trompé et puis, surtout ça fait revenir, ça fait faire des allers-retours à la mère... Oui, je trouve que c'est moyennement grave. Après les conséquences, c'est pour nous, toujours un peu une remise en question, à se dire qu'on doit être toujours vigilant...
- *Tu as des remarques ?*
- Non
- **[lecture de la cinquième saynète « le vaccin bis »]**
- À l'extérieur c'est ça ?
- *Oui*
- Donc au final c'est un peu comme s'il n'avait pas été fait. Donc je dis à la mère...
- *Ça peut être une petite quantité, ce n'est pas forcément...*
- Ah d'accord. Ben, dans ce cas je dis à la mère... Je la rassure : son enfant à crier, à bouger mais par appréhension plus que par douleur même si ça fait un petit peu mal ; je dis que même s'il y en a un petit peu qui est sorti, il y a quand même une bonne dose qui a été injectée, et que de toute façon je la reverrai le mois d'après pour faire injection suivante. Mais je lui dis que la prochaine fois pour le bien- être et pour la meilleure rééducation il faudra bien tenir fermement son enfant, sa fille.
- *Est- ce que cela de conséquences pour toi ?*
- Je trouve que ce n'est pas très grave... Pour moi, ça ne me fait pas trop me remettre en question mais ça me rappelle qu'il faut que j'explique clairement à la mère qu'il faut la tenir fermement... Mais pour moi, ça ne me remet pas trop en cause dans ma pratique. Ça me fait juste me dire que ce qui est clair pour moi ne l'est pas forcément autant pour la mère et qu'il faudra que je lui répète la fois d'après de bien, bien la tenir...
- *D'accord, du coup tu en parles autour de toi ?*
- Ah non...
- *Est- ce que tu as des remarques ?*
- **[lecture de la sixième saynète « problème de compréhension »]**
- D'accord. Alors là, je réexplique à son ami l'importance, ben là pour le coup, du caractère vraiment urgent d'aller consulter aux urgences. Et la conséquence c'est de me dire que j'aurais quand même dû m'assurer de la réelle compréhension, d'appeler quelqu'un pendant la consultation précédente et qui lui explique par téléphone mes explications. Là pour le coup, je m'assure que son ami a compris et qu'il le conduise aux urgences. Disons que, ce qui est grave, c'est le retard de prise en charge ; mais dans la mesure où j'étais vraiment sûre, que je pensais réellement que le patient avait compris, qu'il n'y avait pas de mauvaise foi, de mauvaise intention, pour le coup c'est moyennement grave. Non, je ne crois pas que j'en parle autour de moi...
- *Comment tu gères vis- à- vis du patient ?*
- Je demande à son ami de lui dire que, manifestement, on a dû mal se comprendre la fois d'avant et qu'en fait, moi, je lui avais demandé d'aller consulter aux urgences...
- *D'accord. Là, du coup tu ne lui dis pas d'autres choses particulières ?*
- Non, j'essaie... Enfin je lui dis que je suis désolée qu'on se soit mal compris et que, du coup, là, c'est vraiment important qu'il aille aux urgences. Je demande à son ami de traduire, de lui dire que la prochaine fois, il n'hésite pas appeler quelqu'un pour être sûr que la compréhension soit totale.

- *Ça modifie quelque chose pour toi ? Personnellement, dans ta pratique ?*
- Ouais, d'essayer de faire en sorte d'être plus sûr que les patients aient vraiment compris ce que je leur demande...
- *Et ça veut dire quoi ?*
- Ça veut dire... Après s'ils parlent, s'il y a un échange verbal suffisant parce qu'un patient qui est capable de répondre à la question « est-ce que vous avez compris ? » C'est qu'il y a un niveau de compréhension suffisant. Après, si j'ai l'impression que même ma question est mal comprise, dans ce cas, moi-même au moment de la consultation, je m'assure qu'il appelle quelqu'un, un ami, un enfant pour demander à traduire...
- *D'accord. Tu as des remarques ?*
- Non, non. Je me dis peut-être apprendre dans un certain nombre de langues comment on dit « avez-vous compris ? » et avoir sa petite fiche mémo avec soi, peut-être que ça, ça peut être utile...
- *Je passe à celui d'après ? [lecture de la septième saynète « visite à domicile »]. Qu'est-ce que tu en penses ?*
- Je dis à sa fille qu'effectivement, l'ordonnance que j'ai reconduite n'est effectivement pas avec les mises à jour les plus récentes ; bah, je m'excuse, je dis que comme j'étais au domicile et pas à mon cabinet, je n'avais pas le courrier du cardiologue sous les yeux, et du coup, je vais lui refaire l'ordonnance adéquate mais qu'elle ne s'inquiète pas, c'est pas parce qu'il y a eu une prise même ponctuelle de l'ancien antihypertenseur que ce sera délétère pour elle ; et au final l'ancien traitement antihypertenseur, elle l'a eu pendant longtemps et que c'était bien comme ça ; là, il y a eu une prise de l'ancien médicament ponctuel mais c'est quand même un traitement antihypertenseur qui agit aussi et que cela n'aura pas de conséquences néfastes pour sa mère ; je la rassure... La fille et la patiente...
- *Tu en parles autour de toi ? Ça te choque ?*
- Non, ça ne me choque pas vraiment, et je n'en parle pas autour de moi. Mais effectivement, pour les visites à domicile... après c'est un peu bizarre, c'est un peu théorique parce que je n'ai jamais fait des visites à domicile... Mais je pense que c'est important de bien lire le dossier à son cabinet avant de repartir. Et ça pour le coup, je pense que ce qui peut aider c'est les dossiers informatisés. Voilà c'est de partir avec son laptop en visite et du coup d'avoir le dossier informatisé au domicile de la patiente. Parce que ça, pour le coup, je pense que les dossiers papier, où il y a juste une succession de courrier, c'est le meilleur moyen pour se tromper. Et ça, pour le coup, s'il y a un moyen sécurisé pour éviter que ce genre de choses arrive, c'est d'avoir un dossier informatisé où justement on peut scanner les courriers et où, de toute façon il y a, dans le logiciel, le dernier traitement, celui qui comprend la modification faite par le cardiologue.
- *Ça ne te paraît grave, pas grave, moyen grave ?*
- Oui, moyennement grave... Pas de remarques...
- *Alors on passe au suivant... [lecture de la huitième saynète « examens complémentaires non lus »]... Qu'est-ce que tu fais, comment tu gères ? Qu'est-ce que tu en penses ?*
- D'accord, et on ne sait pas pourquoi je ne les ai pas vus, j'ai oublié de les regarder?
- *Humm...*
- D'accord. Bon, alors la première chose, j'appelle le père pour qu'il m'amène en consultation sa fille le jour même pour faire part des résultats et de la conduite à tenir. Après, je cherche à comprendre pourquoi je n'ai pas vu les résultats : si c'est parce que j'ai tardé à ouvrir ma boîte mail, ou le courrier. Et ça, pour le coup, je pense qu'un logiciel adapté, ça permet d'éviter ce genre d'erreur avec un système de rappel programmé à telle ou telle date pour dire « regarder les résultats de telle patiente ». Pour le coup, l'informatique ça peut être une bonne aide pour pas que ça passe à la trappe... et oui, pour le coup, c'est quand même assez grave...
- *Et comment tu gères vis-à-vis du papa, de la petite, enfin de la patiente ?*
- Bah, je leur demande déjà pourquoi ils ne sont pas venus en consultation au moment où je leur avais demandé parce que je leur dis qu'effectivement il y a cette anomalie. Alors, sans les culpabiliser, et pour les responsabiliser : quand le médecin demande quelque chose, c'est quand même important que ce soit fait. Et leur explique comment vont se dérouler les choses par la suite. Voilà...
- *Tu t'excuses ? Tu en parles autour de toi ?*
- Est-ce que je m'excuse ? Euh... Bah, non je ne m'excuse pas parce qu'au final s'ils étaient venus en temps et en heure comme je l'avais demandé, je l'aurais vu plus tôt. Je ne pense pas en parler autour de moi. Par contre, j'essaie de trouver un moyen pour que je voie les résultats en temps et en heure, quitte à adapter le logiciel.
- *Tu as des remarques ?*
- Non, non...
- *Alors, je passe au suivant. [lecture de la neuvième saynète « interactions médicamenteuses »] Qu'est-ce que tu en penses ?*
- Alors, déjà, je lui fais un dextro pour voir quelle est sa glycémie là... Je lui explique que les vertiges qu'elle a, sont probablement un effet secondaire de ses antidiabétiques oraux qui lui font faire des hypos ; et je dis qu'effectivement ce médicament a pu majorer l'effet ; je lui dis... Alors, est-ce que je m'excuse ? Oui, enfin je m'excuse en lui expliquant que mon hypothèse... Enfin, non, à la première consultation elle n'avait pas de vertige... Donc je lui dis que j'ai traité le symptôme et le problème de la première fois. Voilà je pensais bien traiter l'étiologie qui était la candidose œsophagienne et que malheureusement ça a eu un effet indésirable possible, que je n'avais pas vu qu'il y avait cette association et que je ne pensais pas que cet effet surviendrait, parce que cela ne survient pas forcément, et que là c'est pas de bol, ça a majoré l'effet, et qu'on va arrêter le fluconazole.
- *Est-ce que ça a des conséquences pour toi, personnellement ? Sur ta pratique future ?*
- Oui, bien faire attention aux associations... [rire]... Je reviens toujours au logiciel, mais chez le Prat j'avais un logiciel qui, au moment des prescriptions, faisait des alertes quand il avait des associations déconseillées, donc ça c'est pas mal aussi. Mais toujours faire attention... Après, il y a des effets possibles mais qu'on ne connaît pas forcément. Donc, je pense que ça peut toujours arriver. Mais effectivement, dans le cas des patients qui ont déjà des traitements, bien faire attention à leur traitement habituel pour éviter les interactions.
- *Tu dis « chez le Prat, le logiciel faisait apparaître les interactions », tu en faisais quoi ?*
- Je regardais dans quelle mesure les médicaments qui avaient les interactions entre eux étaient indispensables ou pas. Et en fonction du degré d'interaction, si c'était des contre-indications absolues, j'essayais de trouver un équivalent à l'un ou l'autre des traitements. Après si c'était des associations déconseillées mais que les deux traitements étaient indispensables et bien je gardais l'association.
- *Et par rapport au patient, tu faisais quoi ?*
- Si cela entraînait un changement de médicaments, je disais pourquoi je changeais. Mais par contre si je conservais les médicaments, je ne disais pas, sauf si le patient devait éviter de faire telle ou telle chose... Alors, j'essaie de trouver un exemple mais je n'arrive pas à trouver d'exemple où le patient aurait dû être au courant pour éviter de prendre un troisième médicament, qui là, pour le coup, aurait fait que l'association avec les deux précédents était strictement contre-indiquée. Mais globalement, si cela ne me faisait pas changer de traitement, je n'en parlais pas aux patients.
- *D'accord. Est-ce que tu as des remarques ? Est-ce que cela te paraît grave, pas grave, moyen grave ?*
- Oui, oui, c'est grave parce que là, elle a eu des vertiges, mais cela aurait pu être quelque chose avec des conséquences plus importantes, plus néfastes. Donc, oui, c'est quelque chose qui est très grave.
- *Je passe au suivant ? [lecture de la dixième saynète « allergie médicamenteuse »]... Qu'est-ce que tu en penses ?*
- Déjà, je la note. Et au moment où je revois la patiente, je lui dis que je n'avais pas notion de cet événement-là, de cet antécédent-là, que c'est pour cela que j'ai fait faire le changement au pharmacien après son appel. Alors, je m'excuse, je lui dis que je n'étais pas au courant. Et je lui précise qu'elle doit bien stipuler à chaque fois qu'elle voit un médecin qu'elle est allergique à tel ou tel médicament. Alors, pour la pratique ça me fait me

- dire que même pour des patients que je pense connaître, qu'il faut bien que je leur demande à chaque fois s'ils n'ont pas d'allergie connue et disons, bah notamment pour les antibiotiques, c'est surtout ça que l'on connaît et que les patients connaissent ; faire bien attention avant de prescrire et faire un peu d'éducation thérapeutique, faire en sorte que la patiente signale à chaque médecin ses allergies... Pour au final faire que les patients soient un peu plus acteurs... C'est quand même eux les plus concernés, alors c'est à eux, aussi, de mettre des alertes...
- *Est- ce que pour toi, personnellement, ça a des conséquences ?*
 - Je pense que je me sentirais coupable, de me dire que potentiellement elle aurait pu faire une réaction allergique grave, une réaction anaphylactique. Et du coup, cela me responsabilise encore plus, j'essaie de travailler les mécanismes de sécurité, comme lors du questionnement du patient pour les antibiotiques.
 - *Ça te paraît grave, pas grave ?*
 - Oui, ça me paraît grave.
 - *Tu n'as pas de remarques ?*
 - Non
 - *Alors, il n'y en a plus que deux... [lecture de la onzième saynète « consultation par téléphone »]... Qu'est- ce que tu en penses ?*
 - Alors ça, pour le coup, c'est très grave : surtout dans les contextes de grands nourrissons, petit enfant comme ça, je pense que la consultation téléphonique c'est vraiment pas une chose à faire... Soit, on a la possibilité de recevoir l'enfant en consultation et dans ce cas on le dit aux parents, mais sinon on adresse ailleurs... Mais ça, je pense que c'est vraiment l'écueil dans lequel il ne faut pas tomber, de faire une évaluation par téléphone, surtout avec les enfants, où au final c'est une description d'une tierce personne... Ouais, non ça je pense que je ne donnerai pas d'avis par téléphone, soit je me débrouille pour voir l'enfant, soit je lui demande de consulter ailleurs en lui disant que c'est important de consulter le jour même parce que la gastro chez les petits comme ça, ça peut être très dangereux. Après, je rassure la mère en lui disant que là, il va être aux urgences, il sera sûrement gardé pour être réhydraté ; et puis, je lui explique l'importance que, quand il prend ses biberons ça ne soit pas de l'eau pure, que ce soit des solutés de réhydratation orale, en gros de l'eau du sucre et du sel. Si elle n'en a pas à la maison, je fais pareil, un peu d'éducation : s'il vomit et qu'il a de la diarrhée en même temps, ça peut être très grave et qu'il faut qu'il soit vu. Mais peut- être que son état s'est dégradé dans la nuit et qu'il était pas comme ça la veille au soir, du coup, qu'elle ne se sent pas coupable mais qu'elle ait bien ça en tête pour la prochaine fois.
 - *Et, pour toi personnellement ?*
 - Moi, personnellement... C'est... De manière générale, je m'interdis un peu de faire des avis par téléphone même si ça peut paraître plus facile et que ça simplifie... à fortiori avec un patient que je ne connais pas et un enfant, ça je pense que je demanderai à voir l'enfant. Je ne donnerai pas d'avis par téléphone.
 - *Et si cela devait t'arriver, est- ce que tu auras des conséquences ?*
 - Oui, oui, je pense que je me sentirais vraiment fautive et coupable. Parce que, pour le coup, la déshydratation chez les petits ça peut aller très vite et ça peut être fatal. Donc là, pour le coup, je pense que je m'en voudrais beaucoup.
 - *Par rapport à la mère, tu as dit que tu la rassures, qu'elle doit aller aux urgences, etc. est- ce que tu lui parles de fautes ? Tu t'excuses ? Ou pas ?*
 - Non, je lui dis... Parce qu'au final je ne l'ai pas vu... Je lui dis qu'au vu de ce qu'elle me disait hier par téléphone, c'était certainement moins préoccupant, et que cela s'est dégradé dans la nuit. Mais du coup, la prochaine fois, dans une situation similaire, si elle n'arrive pas à avoir de rendez-vous avec un généraliste en ville, bah, si besoin qu'elle se présente aux urgences pour qu'il soit vu.
 - *D'accord*
 - Parce que là, l'important c'est que l'enfant soit examiné. Et, par contre, je pense que ce qui changerait pour moi aussi, ça serait de pousser le questionnaire par téléphone, parce que dans ce cas- là, si on donne un avis par téléphone, il faut bien interroger en détail... Voilà... Pas de remarques.
 - *D'accord. Alors le dernier... [lecture de la douzième saynète « le confrère »]...*
 - D'accord... Bah là, manifestement, j'aurais... Parce que là, le pneumologue aurait, de nouveau, adressé le patient vers nous... mais j'aurais dû m'assurer au moment même où j'étais au téléphone avec le pneumologue, juste de dire au patient « bah, prenez rendez- vous avec moi pour qu'on se voit », et, ouais, de m'assurer qu'il avait un rendez- vous rapide, qu'un rendez- vous rapide soit pris... Du coup, là, vis-à-vis du patient, je lui explique qu'il va falloir faire des explorations complémentaires, et que là manifestement la dysphagie est en rapport avec les lésions de l'œsophage qu'on a vu sur le scanner et qu'il va falloir faire des examens pour savoir ce qu'il en retourne et éliminer quelque chose de malin. On va essayer de le réinterroger, pour savoir ce qu'il s'est passé sur les derniers mois, pour comprendre pourquoi il n'est pas venu, sans le culpabiliser... Et vis- à- vis de moi, je pense que j'aurais dû m'assurer que le patient prenait rendez- vous... Ceci étant dit, dans la manière dont c'est formulé, ça laissait comprendre que le pneumologue avait dit au patient « il faut reconsulter votre médecin prochainement ». Après, si c'est effectivement le cas [claquement des mains sur les cuisses], on peut pas être derrière chaque patient, s'il n'a pas pris rendez- vous, il n'a pas pris rendez- vous. Donc, si le pneumologue a bien dit au patient de prendre rendez- vous et que le patient ne l'a pas fait, bah... ça arrivera toujours des patients non compliant. Et s'il ne l'a pas fait, c'est qu'il n'avait peut- être pas envie de savoir non plus ; limite, la seule chose dont je dois m'assurer, c'est que, lorsque j'avais le pneumologue au téléphone, lui demander s'il a bien dit au patient de me revoir rapidement. S'il a fait, après tant pis... Bah, pas tant pis pour le patient, mais c'était à lui de se bouger aussi... Mais s'il ne l'avait pas fait, j'aurais dû aussi m'assurer qu'il prenait rendez- vous rapidement avec moi.
 - *D'accord. Tu as des remarques ?*
 - Non
 - *Ça te paraît grave, ça te paraît pas grave ?*
 - Ça me paraît moyennement grave, parce que le plus probable, c'est que le patient ait entendu l'information mais qu'il n'a pas fait. Donc après, c'est pas forcément de mon ressort s'il n'a pas pris de rendez- vous.
 - *Est- ce que tu vois des moyens de...*
 - Honnêtement, non. Parce que le plus gros problème avec les patients, c'est leur compliance. Donc, non, je n'ai pas de moyens faciles qui me viennent en tête.
 - *Alors, du coup on passe à autre chose, ça on a fini. Est- ce que tu as déjà été témoin d'événements indésirables, que ce soit au cabinet, ou à l'hôpital ?*
 - Oui.
 - *Est- ce que tu peux me le raconter ?*
 - Oui, je pense que le plus gros, disons celui qui m'a le plus marqué, c'est forcément un dont j'ai été un des acteurs. En gros, quand j'étais en stage aux urgences, j'avais vu en fin de journée, je sais pas vers 17:00-17:30, un patient qui venait pour des brûlures rétrosternales depuis environ deux semaines, qui étaient d'intensité intermittente mais globalement toujours un fond de gêne avec des petits paroxysmes plus gênants. Mais vraiment il décrivait ça comme des brûlures ; après en l'interrogeant, il avait 15 000 facteurs de risques cardio- vasculaires : je sais pas, il était genre à 50 paquet-années, pas vraiment de suivi médical, son père décédé d'un infarctus à genre 48 ans, donc vraiment ça sentait genre le piège classique de la brûlure rétrosternale qui cache l'infarctus ; à l'examen : vraiment rien de particulier, une tension normale aux deux bras ; je lui fais l'ECG : il y avait une petite anomalie, qu'en fait je n'avais jamais vu auparavant, en précordiale, alors je ne sais plus si c'était dans toutes les dérivations précordiales, mais vraiment des toutes petites ondes U... J'étais là genre « je ne sais pas ce que c'est qu'une onde U ». Donc, bêtement, je vais sur Google, sur un site d'ECG, parce que là où j'avais fait mon externat dans le service d'urgence, le chef de service était fan d'ECG et il avait un site d'électrocardiogramme, donc j'avais été sur son site et j'avais vu que justement les toutes petites ondes U c'était pas forcément très spécifique, mais que parfois, ça pouvait être le signe d'une ischémie myocardique. Donc là, je cours voir un senior, je lui dis, enfin je lui ra-

conte le cas du patient et je lui montre l'ECG. Il me fait « non, non, non, on s'en fout, c'est rien ». Bon, j'étais toujours un peu insatisfaite de l'explication, du coup, j'insiste pour qu'il revienne le voir avec moi. Il revient le voir avec moi. Pareil, le patient redit exactement la même chose, et le chef me fait « bon, bah, fais lui son bilan si tu veux, mais mets lui des IPP en attendant ». Je fais la prescription du bilan, en gros, bilan standard avec NFS, biochimie, bilan hépatique et avec une tropo pour être sûre. À ce moment-là, c'est le moment de la relève. Je fais des transmissions à ma co-interne de garde et je rentre chez moi. Le lendemain, je reviens, et là je tombe sur ma co-interne qui avait fait la garde, et le chef en question était de garde aussi, et qui me dit que le patient, son bilan était normal, tropo y compris ; qu'elle a fait sortir, et qu'il a fait l'arrêt cardiaque sur le parking de l'hôpital. Après, en gros, je crois qu'ils l'ont massé pendant trois quarts d'heure, qu'ils ont fini par le récupérer. Et heureusement il y avait dans l'hôpital uneUSIC, qu'il a eu la coro en urgence. Et toujours est-il qu'au moment où on en parlait, il était en réa intubé-ventilé. En gros, qu'elle et le chef se sont faits défoncer par la cardio ; et le chef en question n'a rien trouvé de mieux à faire que de complètement mentir et de nous rejeter la responsabilité sur nous, de dire qu'il nous avait dit de prendre l'avis cardio et qu'on avait pas fait ; il avait dit que, ce patient il l'avait vu juste parce qu'il avait vu la porte du boxe ouverte, que c'était même pas moi qui lui avais demandé... Enfin, bon, il me regardait droit dans les yeux en mentant... Et là, pour le coup, c'était vraiment un événement indésirable, en plus assez partagé, parce que, là clairement il y avait la responsabilité du senior qui de toute façon, en plus, mentait et ne prenait pas du tout sa responsabilité ; bah là, la responsabilité de ma co-interne qui avait fait sortir le patient sans en reparler au chef... et ma faute aussi, parce qu'au final je sentais l'étiologie cardiaque gros comme une maison, je me disais, genre, « ça pue l'infarctus », et au final je me suis contenté des explications fournies par mon chef alors que je n'étais vraiment pas convaincue... et qu'au final j'aurais très bien pu de moi-même prendre un avis cardio, et qu'au final je ne l'ai pas fait. En plus, avec le contexte de voir son chef qui te regarde droit dans les yeux qui ment et qui se dédouane complètement... Et ça pour le coup, c'était l'événement indésirable le plus marquant qui me soit arrivé et duquel j'en ai gardé, je pense, le plus gros traumatisme. Après, déjà pour le patient, par la suite, son état s'est amélioré et il a pu être extubé et sortir de Rea... Mais même, après à titre personnel, du coup, depuis ce temps-là je marque, genre tout dans les dossiers, parce qu'au final, tu vois, je n'avais pas marqué dans le dossier que j'avais pris l'avis du senior et ce qu'il m'avait dit... Donc ça, c'était bien fait pour moi, j'avais qu'à l'écrire, parce que c'est un peu une obligation. Et puis, j'en ai tiré la leçon que je devais aller jusqu'au bout de mes convictions, qu'il ne fallait pas que je m'arrête aux explications que je trouvais un peu foireuses. Après, c'était gravissime à mon sens, mais malheureusement une fois que c'est arrivé on ne peut rien y changer. Donc, à part essayer de tirer des leçons pour sa conduite ultérieure, c'est la seule chose à faire...

- *Tu en as parlé autour de toi ?*

- Alors, au début, à part avec ma co-interne, j'en ai un peu parlé à personne parce que j'étais traumatisée. Les deux semaines qui ont suivi, genre, tous les jours je pleurais en stage, parce qu'en plus c'était le moment des vacances d'été et on tournait sur les mêmes. Il y avait juste une autre des chefs du service qui, pour le coup, nous a beaucoup épaulées. Et là, pour le coup, on en a parlé avec elle. Mais je n'osais pas en parler, j'avais hyper honte, j'en avais parlé à personne. Deux semaines après ça j'étais partie en vacances, donc je l'avais complètement zappé de ma tête, je l'avais enfoui. Et au final, la première fois que j'en ai reparlé avec quelqu'un, c'est parce qu'on a eu, c'était quoi environ un an - un an et demi après ça, un enseignement à la fac, c'était un cours qui s'appelait erreur médicale, où en gros on était 20 dans la salle, on était tous invité à raconter une erreur médicale dont on avait été acteur. D'entendre parler les autres et me rendre compte qu'il leur était arrivé des trucs tout aussi horribles et atroces, ça m'a fait me dire que je n'étais pas la pire personne de la terre et que cela pouvait arriver. Et au final je pense que s'il n'avait jamais eu ce cours-là je n'en aurais jamais reparlé. Tu vois, après, j'ai fait une trace dessus, tout ce qu'il y avait à vider, je l'ai vidé. Après c'est le fait de m'être rendu compte que ça arrivait aux autres aussi qui m'a permis d'en parler, sinon je n'en avais vraiment parlé à personne. Je l'avais gardé, et j'avais essayé de l'enfouir et de faire la politique de l'autruche.

- *Et du coup ce cours, il t'a été utile ?*

- Oui, oui. Bah, énormément. Pour le coup, rien que le fait d'en parler ça va tout de suite mieux. Et de me rendre compte que c'est quelque chose qui arrive à tout le monde, ça m'a fait me dire que j'étais juste comme tout le monde, pas plus mauvaise que les autres... que de toute façon, il fallait rester vigilant, mais que ça pouvait arriver. Que l'erreur est humaine...

- *Et jusqu'à ce cours-là, est-ce que tu trouves que tu avais été sensibilisée suffisamment...*

- À l'erreur médicale ? Ah non, pas du tout. Je pense que c'était vraiment la première fois... Enfin, je pense que pendant l'externat on a dû avoir des cours qui traînent à ce sujet, mais, en tout cas, rien qui m'ait marqué. Et puis, comme ça restait hyper théorique, parce qu'au final pendant l'externat on n'est pas confronté à de réelle prise de décision, ça ne fait pas sens comme cours parce qu'on ne s'imagine pas dans la situation ; et puis, c'est toujours facile de s'imaginer que l'erreur ça arrive aux autres, on se dit « pas à moi, moi je fais attention ». D'une part, je pense qu'on n'avait pas été trop sensibilisé et puis, pour le coup, c'est arrivé au moment opportun, on était en plein dans le cœur de l'action, on avait déjà tous eu l'occasion de faire plein de boulettes... Pour moi, c'est la première fois dont je me rappelle d'un cours, d'une formation qui nous sensibilisait à ça... Si, ouais, pendant l'externat, on a dû avoir un mini paragraphe sur ça, peut-être, un jour... Dans un cours d'éthique, ou je sais pas quoi... Mais ça ne m'avait pas marqué.

- *Du coup, parce qu'il y a des facs où il n'y a pas ce type de cours, tu penses que c'est essentiel à notre formation ?*

- Ah oui, oui, parce que je sais qu'il y avait eu ça à la fac, ensuite il y avait eu un enseignement interuniversitaire... Pour le coup c'est à Paris V... Aux Cordeliers... Ça avait eu lieu là, quelques mois après, et c'était ouvert à toutes les facs et j'avais trouvé ça très bien. Là, c'était un enseignement plus magistral, on ne reprenait pas tout au cas par cas, même s'il y avait eu des petits ED. Pour le coup s'était ouvert à tout le monde, et j'ai trouvé ça bien que ça soit mis plus en avant. Parce que ça ne l'est peut-être pas suffisamment, parce que manifestement si j'ai gardé ça pour moi pendant un an et demi, c'est que je n'en avais pas vraiment entendu parler. Après, libre à moi d'aller taper sur Google « erreur médicale »... Mais bon, forcément, il faut être réaliste, on ne le fait pas.

- *Et après cette histoire tu m'as dit que tu pleurais tous les jours en stage, est-ce que tu t'es senti vachement plus à fleur de peau après tes vacances ?*

- Quand je suis revenue, oui d'une part, et puis j'avais l'impression d'avoir perdu de la confiance en moi ; j'étais hyper hésitante sur tout ce que je faisais ; en revenant de vacances, je n'ai jamais demandé autant de tropo pour tout et n'importe quoi, des cycles de tropo à tous les gens qui avaient un pet de travers. Oui, oui, ça m'avait pas mal marquée et remise en question...

- *D'accord. Merci.*

Entretien 3 (1h46)

- *Moi je suis Émilie ; je suis à Paris V ; j'ai fini mes études de médecine ; je suis remplaçante en médecine générale... Là, je t'interroge pour une thèse qualitative... c'est des entretiens semi-directifs: moi je te pose des questions et toi tu me dis ce que tu en penses ; c'est enregistré sur un support numérique ; il n'y a pas de tout de jugement. Et puis en fait, tout ce que tu me diras comme par exemple ton prénom, ta fac, ce genre de choses, ça sera gommé à la fin pour que cela reste complètement anonyme. D'accord ?*
- D'accord
- *Alors, dis- moi toi tu es, M...*
- Voilà. Interne en cinquième semestre, je termine là, en avril... Assez contente de mes études...assez contente de terminer bientôt
- *Tu as fait quoi comme stage jusqu'à présent ?*
- En tant qu'interne, donc, j'ai fait mon premier stage en médecine polyvalente adulte... Ensuite en stage niveau 1 chez trois médecins, ça m'a bien plu... pédiatrie et puis urgence et là, je fais mon CHU en soins palliatifs. C'est... Je suis contente d'avoir pu faire ce stage [rire]
- *Et c'est quoi ton projet professionnel quand tu auras fini ?*
- Débuter par des remplacements... Et puis, moi, je souhaite être en cabinet.
- *D'accord. Cabinet seul ? Groupe ? Maison médicale ? Tu sais, tu sais pas ?*
- À au moins deux... Plutôt campagne...
- *Plutôt campagne, d'accord [rire] ; campagne, genre semi rural, ou plutôt... Parce que campagne dans le 78 ou le 77 tu le trouves...*
- En Normandie...
- *D'accord, OK... Donc c'est bien structuré quand même dans ta tête.*
- Oui
- *Parfait... C'est quoi ta fac, j'ai oublié de te poser la question.*
- U.
- *U, parfait... Et j'ai oublié de te poser la question sur ton âge, tu as quel âge ?*
- 26 ans
- *D'accord... Est- ce que tu as commencé ta thèse ?*
- Oui
- *Et tu as fait quoi ?*
- Je suis en train de travailler sur... C'est les méthodes naturelles de régulation des naissances... Donc mon sujet, mon hypothèse, c'est que si on propose ce genre de méthode aux femmes, ça peut les intéresser et même elles pourraient, avec une formation adaptée, souhaiter l'utiliser ; j'ai bien avancé ; j'ai fait le questionnaire... j'ai quasiment l'aval de ma fac pour le questionnaire et j'espère pouvoir commencer à donner les questionnaires aux femmes... Déjà j'ai trouvé quelques médecins généralistes qui acceptent de leur donner... et faire ça, j'espère, en juin [rire]
- *Oui [rire]... Est- ce que tu as d'autres choses à me dire ?*
- Pas spécialement... J'appréhende quand même [rire] la suite...
- *Oui, on passe tous par-là [rire]... Les études sont quand même suffisamment longues, pour qu'on se sente un peu chez nous même si c'est pas toujours marrant... C'est sûr...*
- Ce que je découvre, peut- être un peu tardivement, mais mieux vaut tard que jamais, c'est qu'on n'est pas tout seul même, j'imagine, en cabinet... Enfin, je vois par rapport aux gardes que je fais ici. Au début on a l'impression qu'on est tout seul et puis j'ai vu au fil de mes gardes, quand j'avais vraiment besoin d'aide...
- *Tu trouvais quelqu'un...*
- Je trouvais quelqu'un et une équipe aussi... Ce que j'ai découvert aussi ici c'est l'équipe [rire]...
- *Oui, ici, c'est assez fort...*
- Très...
- *Alors on va passer à la suite... En fait ma thèse, porte sur les événements indésirables en cabinet, mais vu par les internes... Donc déjà, pour toi, qu'est-ce que c'est un « événement indésirable » ?*
- ...
- *Quelle définition ? Qu'est- ce que ça t'évoque ?*
- Bah, de passer à côté de quelque chose de grave... Que notre action ait été plus délétère que bénéfique... Tout ce qui est... tout ce qui est accident, accidents d'exposition au sang, j'en sais rien... si tu te piquais avec une aiguille de vaccins... ça ne m'est jamais arrivé... Mais bon ça peut... Voilà c'est un peu ça... après, je me dis, avoir besoin du SAMU... bon, c'est des choses qui peuvent arriver. Par exemple en visite, ou quelque chose qui nécessite une prise en charge rapide ; c'est pas forcément ce que l'on peut appeler indésirable... Mais c'est une situation difficile...
- *D'accord... Est- ce que tu... Quelle est la définition que tu donnerais... Pardon, je t'ai peut- être coupé, est- ce que tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non
- *Quelle définition, tu donnerais, du coup, à erreur médicale ? Est- ce que c'est différent pour toi ? Pas différent ?*
- C'est différent... Erreur médicale, événements indésirables... Un événement indésirable, ça peut être complètement indépendant de notre... Par exemple, ici un événement indésirable c'est une chute... C'est pas forcément la faute du soignant... Erreur, la faute, c'est pas pareil non plus... Une erreur médicale, ça peut être de se tromper dans une prescription, ou se tromper de diagnostic... C'est des choses qui peuvent arriver... Ça me rappelle ce que l'on peut dire de la responsabilité morale et pénale, on peut ne pas être forcément responsable pénalement mais s'il se passe quelque chose de grave, sans forcément que l'on soit en faute pénalement, on peut avoir une responsabilité morale vis-à-vis de la personne... Erreur... il faut que je trouve une définition ?
- *C'est pas forcément quelque chose de très... Tu n'es pas obligé de me dire « une erreur c'est... ». C'est vraiment ce que tu en penses, voilà... Tu m'as dit aussi « erreurs et fautes c'est différent » qu'est- ce que tu veux dire par là ?*
- Oui [rire]... Erreur, bon, tout le monde a le droit à l'erreur ; la faute je dirais que ça va plus loin, peut- être que là, la responsabilité civile est davantage engagée plus que... Là, par exemple, si on n'a pas écouté la personne ou si on n'a pas écouté la famille qui est inquiète vis-à-vis de quelque chose, on peut faire une erreur à ce niveau- là ; mais ça peut aller plus loin à mon avis, si on n'a pas écouté les autres... C'est dans ce sens- là que je vois aussi... Si on n'est pas aller chercher les infos, là où il fallait... Après, on peut ne pas savoir où trouver l'information ou savoir où la chercher... Il y a aussi la faute de ne pas assez se former... De continuer avec ce que l'on a appris, et de ne pas rechercher pour soigner au mieux, quoi...
- *D'accord. Alors je vais te lire la définition du ministère de la santé d'un événement indésirable et puis ensuite de l'OMS ; alors d'abord on va commencer par le ministère de la santé. Tu me diras ce que tout ce que tu en penses, qu'est- ce que ça implique... Tu verras... « Un événement indésirable pour le ministère de la santé c'est l'ensemble des événements non désirés liés aux soins »... Alors qu'est- ce que tu en penses ?*
- C'est que lié aux soins ?
- *Dans la définition c'est que lié aux soins*
- D'accord... Donc c'est là- dessus qu'on peut agir aussi... Mais ça délimite un petit peu, justement, que ce soit lié aux soins... Donc événements non désirés à la fois par le patient et par le médecin, ou l'un ou l'autre... Ça implique que l'on peut améliorer les pratiques si on a repéré le pourquoi et comment avec ce soin on peut éviter cet événement indésirable... C'est très, très large quand même le soin... c'est pas uniquement le geste technique, où on a pu passer à côté ou on a suturé ou j'en sais rien... Parce que que toute notre action en cabinet, en général, elle est davantage par

- la parole plus que les prescriptions, le contact physique que par des gestes techniques ; il y en a quand même moins que dans d'autres... Donc je ne sais pas s'ils prennent le soin en tant que action de soigner, donc à chaque fois que l'on parle, à chaque fois que l'on prescrit quelque chose... C'est assez large finalement [rire]... plus que ce que je pensais au départ... ça se rapproche peut-être plus de ce que j'avais pensé au départ, avec une action délétère dans une mauvaise prescription, si on n'a pas un bon diagnostic, ou si on ne sait pas bien repérer ce qui s'est passé ; et aussi dans la parole, on peut être aussi délétère dans la parole... Ça fait peut-être aussi partie des événements non désirés... Voilà...
- *D'accord. Pour la définition de l'OMS, « un événement indésirable c'est un incident qui entraîne une atteinte pour le patient, atteinte découlant de ou associée à des projets formulés ou des mesures prises pendant que les soins ont été dispensés et qui ne résulte pas d'un traumatisme ni d'une maladie sous-jacente ». Qu'est-ce que tu en penses ?*
 - C'est uniquement pour le patient, c'est un peu différent de ... C'était pas aussi précis dans la définition d'avant... C'est dans les projets aussi et les mesures prises, c'est ça ?
 - *Tout à fait...*
 - Un incident...c'est quelque chose d'aigu aussi ou pas forcément ? Alors il y a quelque chose qui se passe qui n'est pas lié directement à la maladie et au traumatisme... Le traumatisme, comme raison de consultation par exemple ?
 - *Par exemple...*
 - Ça rappelle aussi que le nombre d'effets secondaires des traitements que l'on peut prescrire, le nombre d'hospitalisations à cause de ça, est quand même assez élevé... Donc je pense souvent à la phrase « primum non nocere » parce qu'il ne faut pas mettre des traitements sans réfléchir vraiment pourquoi, et en ayant bien informé le patient pour qu'il soit attentif et qu'il prenne aussi sa responsabilité d'accepter ou non de prendre le risque... Disons que cela sort beaucoup en ce moment... [rire]... Et en même temps c'est bien... enfin je veux dire, on a beaucoup fait dans un seul sens, en imposant sans réaliser que les patients avaient le droit de choisir de se soigner ou pas sans qu'on les juge ; en même temps en leur donnant les possibilités de choisir, ils ne peuvent pas tout savoir de ce qui est le mieux... enfin de ce que l'on pense être le mieux... [rire]... Bah, c'est un peu ces impressions là que je disais au départ sur la responsabilité vis-à-vis de... C'est un truc à se torturer... [rire]
 - *[rire]... C'est pas le but quand même...*
 - Voilà...
 - *D'accord. Maintenant je vais te lire des petits cas cliniques... des petites saynètes, on va plutôt dire ça... et puis tu me diras ce que tu en penses, c'est-à-dire si tu trouves que c'est grave ou pas grave, est-ce que toi tu as déjà vu ou pas, est-ce que ça te paraît quelque chose qui est fréquent en cabinet ou pas, et puis est-ce que cela te fait penser à des choses pour éviter... Je peux te rappeler tout ça en cours [lecture de la première saynète « répondre au téléphone devant un patient »]... Qu'est-ce que tu en penses ?*
 - Bah, c'est embêtant au niveau du secret médical... en même temps, qu'est-ce qu'aurait pu faire le médecin ? Alors comment ça s'est passé ? Est-ce qu'il a entendu le nom parce que le médecin a répété le nom ou pas... Ça ne me choque pas plus que ça que le médecin traitant ait répondu parce que c'était une nécessité. Par contre, comment faire pour que, au moins, le patient en face ne sache pas de qui il parle. Après comment... Comment faire avec Mr B... [rire]... qui veut aller en visite voir la dame... maintenant qu'il le sait on ne peut pas l'empêcher. On ne peut pas lui interdire d'aller la voir... on peut lui dire « attendez elle est en plein soin, ce n'est pas le moment », enfin j'en sais rien... C'est vrai que c'est un peu gênant... Bon, je ne dirais pas que c'est très grave, mais bon c'est embêtant... [rire]
 - *Est-ce que tu vois des moyens d'éviter ça ? Ou pas ?*
 - À la rigueur dire au médecin urgentiste « je vous rappelle dans cinq minutes, à la fin de ma consultation. Donnez-moi votre numéro, je vous rappelle »... selon la gravité de la patiente. Si elle est juste confuse, cela peut-être attendre cinq minutes que le médecin puisse davantage expliquer la situation sans qu'il y ait de patient en face... Mais c'est vrai que nous, on fait pareil, quand on appelle les médecins ici, souvent ils sont en consultation, ils nous répondent... On fait tous ça... [rire]
 - *Ta dernière phrase c'est « on fait tous ça »...*
 - Disons que je ne l'ai pas beaucoup vécu, moi, parce que je n'ai pas beaucoup souvenir que l'hôpital ait appelé quand j'étais en cabinet. Par contre, nous, en tant qu'interne, qui allons chercher les infos auprès du médecin généraliste, en général, ils sont en consult, il n'y a pas de trou... [rire]... J'ai peut-être eu quelques médecins qui m'ont dit « je vous rappelle » mais en général ils répondent pendant la consultation. Ils disent « oui, excusez-moi, je suis en consultation » donc on ne prend pas trop de temps... Voilà, cela peut être une idée...
 - *Je passe à la suite ?*
 - Oui
 - *[lecture de la deuxième saynète « chute au cabinet »]...*
 - [rire]... C'est vraiment pas de chance... Donc en fait, on l'a laissé finir de descendre toute seule ? Et elle est âgée ? Ou on ne sait pas ?
 - *75 ans, j'ai mis...*
 - Bon, bah c'est grave surtout si elle est cassée... [rire]... Alors qu'est-ce qu'il faut faire ? Il faudrait essayer de terminer l'action que l'on est en train de faire : la laisser finir de descendre, d'être là puis de répondre... Attendre quelques secondes que Mme soit en sécurité... C'est facile à dire quand on sait ce qui s'est passé... Bon, c'est des choses qui peuvent arriver, on ne se sent pas bien, quoi... Et surtout la dame, même si elle ne va pas forcément nous reprocher ce qu'il s'est passé... C'est peut-être une erreur, quoi...
 - *Quand tu dis « on ne se sent pas bien » qu'est-ce que cela implique, du coup, pour toi ? Comment tu vas gérer vis-à-vis de la dame ? Est-ce que tu en parles autour de toi ?*
 - Oui, je pense que j'en parle autour de moi. Déjà, si je ne suis pas toute seule en cabinet, je leur demande de venir m'aider à la relever... Je m'excuse auprès de la dame, et puis je gère ce qu'il faut, s'il faut l'emmener à l'hôpital, appeler une ambulance, voir si il n'y a pas de fracture... Même si ce n'est pas une... C'était une erreur de la laisser... Même si c'est humain d'aller répondre au téléphone, c'est une erreur de ne pas être resté à côté d'elle à ce moment-là, mais bon... Voilà...
 - *Est-ce que tu vois des moyens... Imaginons que cela t'arrive, est-ce que tu vois des moyens pour éviter que cela recommence ? Ou pas ?*
 - Après cela dépend... C'est toute la question du secrétariat téléphonique... J'ai tout vu quand j'étais en cabinet... C'est vrai que quand on vit avec les médecins qui avaient certaines heures pendant lesquelles ils prenaient les messages... enfin les patients devaient appeler entre 9:00 et 10:30 et entre 17:00 et 18:00, c'est vrai qu'à ce moment-là il y avait toujours plein de coups de téléphone et c'était difficile de se concentrer. Moi je préférerais, quand même, avoir un secrétariat téléphonique, pour être moins dérangée par le téléphone, si c'est possible... après il y a des raisons financières aussi qui rentrent en ligne de compte... Après il y a toujours des téléphones qui passent parce que les secrétaires envoient parce qu'il y a besoin de parler au médecin... Mais si on a moins souvent d'appels, on est peut-être un peu moins stressé, et du coup... Mettre la priorité sur la personne qui est là en face, éviter le risque et ensuite répondre... Ça c'est facile à dire quand on est ici... [rire]... Voilà...
 - *D'accord... Je vais passer au suivant [lecture de la troisième saynète « erreur de clic »]...*
 - Ah l'ordi ! [rire]... Bon bah heu... « je vous faxe une autre ordonnance »... À la pharmacie, tout de suite « merci d'avoir prévenu », « c'est une erreur »... bah, ça fait réfléchir à deux fois à relire quand on est fatigué, qu'il y a plein de monde... c'est des fautes d'inattention qui peuvent arriver, je pense... À la rigueur si on prend le temps d'expliquer au patient ce que l'on prescrit sur l'ordonnance, c'est des choses qui peuvent permettre de diminuer ce risque-là, surtout avec l'informatique... Quand on écrit des choses, on est un peu plus à ce que l'on fait que quand on... Alors, c'est une aide l'informatique, moi j'apprécie réellement ça... Mais ce genre d'erreur peut arriver aussi peut-être plus facilement, effectivement... Donc oui, prendre le temps de relire avec le patient et qu'il sache lui aussi, qu'il puisse expliquer au pharmacien pourquoi il a ça, et ça permet les retours du pharmacien... Ça aurait pu être autre chose que de la progestérone et que le pharmacien ne se rende pas compte que cela n'était pas adapté...
 - *Ça te paraît grave, pas grave, moyen grave ? Fréquent, pas fréquent ?*

- Je ne l'ai pas vu souvent, je ne l'ai pas vu beaucoup, non... Cela ne me semble pas très fréquent... Je pense que cela peut arriver dans des moments où on est fatigué... C'est grave parce que s'ils prennent des comprimés qui ne sont pas du tout adaptés... Là, il y a eu un retour et cela a été évité, mais c'est presque quelque chose... Je trouve ça grave... Donc il faut être plus vigilant à ce que l'on fait...
- *Très bien. Je passe suivant ?*
- Oui, il y en a beaucoup ?... [rire]
- *Il y en a quelques-uns. Rassure-toi, ça va quand même assez vite... [rire] [lecture de la quatrième saynète « le vaccin »]. Qu'est-ce que tu en penses ?*
- Donc on n'a pas fait la manip... [rire]... bah, il va falloir recommencer, déjà. Donc une nouvelle piqûre pour l'enfant, un adjuvant inutile. Donc c'est une erreur qui peut arriver mais c'est rare quand même... Ça fait peur...
- *Peur ? Pourquoi ça fait peur ?*
- Non, mais c'est... En général les erreurs c'est qu'on n'y a pas pensé, donc là ça me... Ça me fait prendre conscience que beaucoup de choses peuvent arriver... [rire]...
- [rire]
- C'est des choses qui peuvent arriver voilà. Je n'ai jamais vu non plus...
- *Là, comment tu imagines, puisque ça ne t'est jamais arrivé, que tu gèrerais la situation ?*
- J'expliquerais à la mère ce qui s'est passé, qu'il va falloir en refaire et je m'excuse. Je ne le ferais pas forcément tout de suite... alors que... pourquoi pas le faire tout de suite comme ça c'est fait, mais... le temps de se repréparer à... Ça dépend quel âge il a. Si cela peut se décaler d'un mois ou si c'est les premiers vaccins...
- *Non, j'ai mis qu'il avait neuf mois...*
- Donc cela peut se décaler un peu... Ça peut aussi être traumatisant pour l'enfant...
- *Tu m'as dit que ça faisait prendre conscience de plein de choses. Du coup, ça t'inquiète ou au contraire tu y auras réfléchi...*
- Je suis contente, ça, j'y aurait réfléchi... [rire]... Merci... C'est du vécu ?
- *Pas forcément ; mais il y en a un certain nombre, c'est du vécu. Romancé quand même...*
- Tu as plus d'expérience de cabinet... Bon, après c'est aussi de ses erreurs que l'on apprend ; je pense que l'on fait plus attention après. Bon, si sur les milliers de patients que tu vois, une fois ça ne s'est pas bien passé, tu essayeras de gérer mieux la fois d'après. Sinon on ne fait plus rien. Voilà...
- *D'accord je passe au prochain ? [lecture de la cinquième saynète « le vaccin bis »]. « Certaine quantité », c'est pour dire petite quantité plutôt que tout le vaccin. Qu'est-ce que tu en penses ?*
- Oh, ça arrive. C'est quel vaccin ?
- *Le DTPC, Haemophilus...*
- Bon, comme ça, je ne crois pas que ce soit très grave qu'il en manque une petite quantité. Des enfants qui se débattent pendant les vaccins, ça c'est tout le temps. Alors, après quels moyens faire ? C'est quel âge ?
- *Deux mois...*
- C'est un petit bout. Il y en a qui le mette au sein, ou bien après... ça soulage déjà... ou alors le biberon.
- *Comment tu imagines que tu gèrerais vis-à-vis de la maman ?*
- Déjà expliquer que ce n'est pas très grave si une petite quantité est partie. Qu'elle ne se culpabilise pas non plus, parce qu'elle peut se dire « mince je ne l'ai pas bien tenu ». Après, la prochaine fois, vérifier... Parce que c'est aussi au médecin de tenir. Bon, je pense que dans cette situation la maman doit être aussi assez anxieuse : premier vaccin sur son bébé de deux mois. Ce n'est pas très agréable non plus pour la maman. Donc je ne sais pas... Plutôt apaiser la situation. Et puis on verra bien après...
- *Très bien je passe suivant ? [lecture de la sixième saynète « problème de compréhension »]. Qu'est-ce que tu en penses ? Comment tu gères ? Qu'est-ce que tu fais ?*
- C'est grave pour le monsieur, parce que c'est un retard thérapeutique, on va dire. Après dans quelle mesure on a bien vérifié qu'il comprenait ? Quand on n'est pas sûr, peut-être appeler quelqu'un de la famille ou un ami pour s'assurer de pouvoir l'aider aussi, l'accompagner. Après on est sûr, des fois, qu'ils ont compris et qu'ils n'ont pas compris, ça peut arriver. Le monsieur ne parlait pas français ?
- *Plutôt pas bien*
- Donc, quand on n'est pas très sûr essayer d'avoir quelqu'un, de la famille, un ami...
- *Donc là, comment tu gères vis-à-vis du patient ?*
- Eh bien, je leur dis d'aller tout de suite à l'hôpital ou alors j'appelle une ambulance. Sans forcément en rajouter, voilà... On a fait une erreur, il y a eu un malentendu, l'important maintenant c'est qu'il aille se soigner... Sans en rajouter dans les excuses... Ou à posteriori peut-être... Mais là l'important c'est qu'il aille se faire soigner... Voilà
- *D'accord. Je passe suivant ? [lecture de la septième saynète « visite à domicile »]. Qu'est-ce que tu fais ? Comment tu gères ? Qu'est-ce que tu en penses ?*
- Ben, je m'excuse. Enfin, si je dis ça en même temps que j'ai la fille au téléphone, je m'excuse auprès de la fille en lui disant qu'effectivement je n'avais pas bien vu le changement et que l'on va corriger ça. Après, comment ne pas la refaire ? Alors, si c'est informatisé, quand on reçoit le changement le noter de manière visible pour pouvoir le voir dès qu'on ouvrira le dossier la prochaine fois. Voilà...
- *Ça te paraît quelque chose de grave, moyen grave, pas grave ? Tu l'as déjà vu ?*
- Déjà vu non. Je pense que cela peut arriver. Là comme ça, je ne trouve pas cela gravissime parce qu'elle a quand même un traitement antihypertenseur et l'erreur a été repérée... C'est pour que la prochaine fois on fasse plus attention. Pour moi c'est pas très grave, voilà...
- *Il n'y a pas de jugement. Je passe au suivant ? [lecture de la huitième saynète « examens complémentaires non lus »]. Qu'est-ce que tu en penses ?*
- Elle a 12 ans ?
- *Oui*
- La consultation c'était samedi... C'est le problème des examens qu'on ne peut pas... Enfin s'il y en a beaucoup... Faut dire, que le médecin avait reçu les résultats par lettre ou par mail ?
- *Par mail*
- On est censé regarder tous les jours, quoi... Parce que quand les patients ne viennent pas... On ne peut pas appeler tous les patients en disant « tiens, vous n'êtes pas venu »... Donc, du coup quand on a cet outil on peut avoir les examens mais il faut être rigoureux et regarder pour voir s'il n'y a pas de choses urgentes... Ça c'est aussi la responsabilité des parents de ne pas avoir amené leur fille. Dans ce cas, quand je me rends compte, j'appelle... Je pense que je rappellerais, oui je rappellerais, pour qu'ils reviennent, pour expliquer que c'est important et qu'il faut plus d'examen... Parce qu'ils ne reviennent pas, cela arrive souvent. Après ce qui est embêtant, c'est que la fillette ne pouvait pas le faire elle-même... Peut-être demander les limites des consultations en semaine si le père ne s'est pas rendu compte que c'est grave et qu'il ne pouvait pas, qu'il n'avait pas le temps, on réexplique que c'était important qu'il s'arrange pour venir. Au niveau de la gravité, je ne sais pas si ces quelques jours sont une perte de chance, je ne pense pas non plus, quoi... À une semaine près... Peut-être que je me trompe...
- *On s'en fiche ça...*

- Donc essayer de voir sans fliquer le papa, mais essayer de comprendre les raisons pour lesquelles il n'est pas venu, pour trouver des solutions pour qu'il vienne rapidement... Voilà...
- *Ça a une implication sur ta vie ? Sur tes consultations futures ?*
- Peut-être qu'une des solutions, si on voit que les patients ne sont pas... qu'ils ont du mal à prendre rendez-vous ou un peu filant, donner leur rendez-vous... Ça peut les inciter davantage à venir... Bien sûr au cours de la consultation... Être plus attentif aux examens qui arrivent, les lire et noter s'il y a quelque chose d'important... Par contre, ce n'est pas évident, on ne peut pas obliger les gens à venir... Alors là le problème c'est que la fille c'est elle qui est en cause, en jeu, et c'est le papa qui ne l'a pas amenée... Expliquer davantage les risques pour qu'ils puissent comprendre l'importance de venir à ses rendez-vous, de ne pas laisser passer, peut-être dans ce sens là... Voilà...
- *Très bien. Je passe à celui d'après ? [lecture de la neuvième saynète « interactions médicamenteuses »]. Qu'est-ce que tu en penses ?*
- Ben, ça peut être grave ; ben là, elle arrive, c'est juste des vertiges, mais c'est grave... Ça me fait penser qu'il faut être super attentif aux interactions quand on met un nouveau traitement, savoir ce qu'on fait, savoir quel traitement elle a de base... [interrompues par le téléphone]... Excuses-moi...
- *Je t'en prie. On en était aux interactions médicamenteuses : triflucan et sulfamides hypoglycémisants... Et tu me disais que ça te faisait penser qu'il fallait être très attentif aux interactions sur les ordonnances...*
- Surtout quand on a un nouveau traitement et que les gens sont bien équilibrés... Mais quand on met un nouveau traitement il faut faire attention... Oui c'est ça « primum non nocere »... Bon, c'est moins grave que si c'était des hypoglycémies...
- *Comment tu gères vis-à-vis de la patiente ?*
- Bah, j'explique que c'est probablement lié au nouveau traitement, que ça favorise des hypoglycémies et qu'on va arrêter le nouveau traitement et on va regarder s'il y a autre chose qui peut avoir la même efficacité sans avoir ses effets potentialisateurs... Après, c'est toute la question de, enfin... De dire les choses en tout cas, de ne pas cacher, de s'excuser mais ce n'est pas évident, on a du mal à s'excuser... Alors, après, comment les patients réagissent ? Ils se disent « on ne peut pas penser à tout, c'est normal, au moins elle me l'a dit, je peux lui faire confiance » ou « bah tiens elle s'est trompée »... Moi je pense que les patients s'ils font confiance, ils feront toujours confiance si on leur dit les choses... C'est jamais très agréable de reconnaître qu'on s'est trompé... [rires]...
- *Tu disais « on a du mal à s'excuser », c'est-à-dire ?*
- C'est une généralité, quand je dis on... Comme ça, de manière théorique je pense que c'est important et en même temps il ne faut pas en rajouter... Soi-même ne pas se mettre une culpabilité qui nous empêche de travailler ; et en même temps de reconnaître l'erreur et de le dire... Je pense que les patients peuvent comprendre qu'au départ on n'a pas tous les effets indésirables en tête, toutes les interactions médicamenteuses... Voilà...
- *Tu as déjà vu ce type de choses quand tu étais en stage chez le prat ? Pas forcément quelque chose d'aussi fort...*
- Pas vraiment, je ne crois pas me souvenir de ça... Non, après il y en a qui sont revenus parce que le traitement de leur convenait pas, pas forcément en terme d'interaction. Après, on a une vision très partielle du cabinet quand on est en stage, surtout en SP 1, un jour par semaine dans le même cabinet...
- *Qu'est-ce que tu veux dire par « très partielle » ?*
- On est un moment donné, une fois par semaine voir deux donc on n'est pas dans la continuité et on ne veut pas forcément revoir les patients... J'en ai vu quelques-uns qui revenaient régulièrement pour dépression mais c'est tout, des visites à domicile mais sinon les gens je ne les ai vus qu'une fois. Ou sinon le médecin me disait « tiens j'ai revu telle personne », donc repérer lors d'une prescription s'il y a eu une interaction médicamenteuse, je ne l'ai pas vu... Il y a pu en avoir, souvent, mais je n'ai pas vu que les gens aient reconsulté pour cela...
- *Est-ce que tu as des remarques à faire ?*
- Non
- *[lecture de la dixième saynète « allergie médicamenteuse »]. Qu'est-ce que tu en penses ?*
- C'est grave, c'est très grave... C'est une faute de ne pas... alors qu'on a demandé une fois il y a longtemps et qu'on est pas été prévenu qu'il y avait ce genre de choses... C'est surprenant que le pharmacien le sache et pas le médecin traitant... D'être systématique quand on prescrit un antibiotique, de vérifier les allergies... Surtout quand on connaît la personne depuis longtemps, qu'il n'y a rien dans son dossier on suppose qu'il n'y en a pas ; donc il y a eu une erreur au départ ou alors il s'est passé quelque chose et que le médecin n'est pas été au courant... Mais bon c'est grave... Alors quoi faire ? Si le patient ne le fait pas lui-même, qu'il ne prévient pas, c'est aussi au médecin de demander au moment où il prescrit l'antibiotique, surtout si ça fait longtemps qu'il n'en a prescrit à ce patient. C'est vrai que quand on les voit régulièrement, souvent les mêmes... Mais cela ne devait pas être le cas...
- *Et comment là tu gères avec le pharmacien et de surtout avec la patiente, parce qu'elle va être au courant que tu vas changer d'antibiotiques ?*
- J'essaie de revoir cette histoire d'allergie, parce que quelque part le médecin n'était pas au courant... J'essaie de comprendre pourquoi l'oubli, pourquoi cela n'a pas été noté... Parce que si le médecin le savait, il l'aurait mis... Et puis en fonction de l'histoire, à la fois s'excuser de ça et en même temps bien dire la patiente de détailler ses allergies si jamais cela lui arrive de nouveau, de bien informer ; et d'informer tous les médecins qu'elle rencontrera de cette allergie... Pour que cela n'arrive pas à quelqu'un d'autre, à l'hôpital, qu'ils ne sachent pas et que... Je remercie le pharmacien... Travail d'équipe... [rires]...
- *Comme tu disais tout à l'heure, même en ville on n'est pas tout seul... Tu as des remarques ?*
- Non
- *Il reste deux... [lecture de la onzième saynète « consultation par téléphone »]. Comment tu gères ? Qu'est-ce que tu en penses ?*
- Bon, déjà il y a le problème du premier médecin qui ne l'a pas pris... Je peux comprendre que en tant que médecin si les consultations sont blindées, voilà... Par contre, préciser peut-être le soluté de réhydratation ou le lait et surtout lui dire « si vous êtes inquiète, aller aux urgences » ou alors le prendre, je pense qu'à deux ans... Parce que l'on ne peut pas faire de diagnostic par téléphone, donc je pense qu'il vaut mieux le voir en plus... Je pense que c'est le problème. Quand j'étais aux urgences en pédiatrie, les mères m'appelaient et je leur disais « si vous êtes inquiète, venez, je vais le voir, il n'y a pas problème »... Parce que cela arrive trop souvent des déshydratations chez les petits, cela devient vite grave... On l'a eu la veille au soir au téléphone ?
- *Oui*
- Dans l'immédiat je lui dis d'aller aux urgences et puis après, on voit... Pour parler de la situation après coup... J'ai l'impression que souvent les mamans quand elles sont inquiètes, il y a quand même des raisons... C'est un risque de trop rassurer et du coup elles ne vont pas vers leur sentiment de consulter « c'est bon il m'a dit que cela pouvait attendre demain », alors que cela se dégrade... Donc là dans l'immédiat je lui dis d'aller aux urgences...
- *Je passe au suivant ? [lecture de la douzième saynète « le confrère »]*
- Et donc il n'a pas fait les examens proposés ?
- *Oui*
- Alors qu'on lui a dit de prendre rendez-vous avec le gastro et on a expliqué ça à sa femme. Et ça c'était le pneumologue qui avait dit ça ?
- *Oui*
- Alors qu'est-ce qu'il faut faire ? Peut-être, donner un rendez-vous... Déjà je lui demande ce qu'il s'est passé, pourquoi il n'a pas consulté... Il n'avait pas envie de savoir qu'il avait un cancer... On l'a laissé complètement autonome dans sa prise de décision alors qu'il y avait un risque grave... En même temps les patients sont autonomes, mais sans prendre forcément conscience de la gravité. Donc peut-être à l'avenir, bon on ne

va pas prendre rendez-vous à sa place, mais lui donner un rendez-vous à un mois en disant « vous venez me voir à telle date dans un mois et vous aurez eu le rendez-vous »... Ce que l'on peut faire si on suspecte quelque chose de grave c'est soi-même appeler un confrère en disant « tiens, vous pouvez aller à tel endroit, je vais prévenir comme ça quand vous prendrez un rendez-vous, vous aurez un rendez-vous plus rapidement » ; essayer de baliser et de protéger le patient s'il est d'accord par ça... Il avait des soucis particuliers, non pas spécialement? Mais il a traîné... Oui, quand ça a un caractère d'urgence, de gravité, peut-être appeler soi-même ses correspondants et expliquer la situation... Ou au moins programmer un rendez-vous avec soi pour accompagner, même prévoir s'il y a besoin de redire les choses... C'est pas évident parce que c'est toujours le même problème : les gens, ils viennent, ils font ce qu'ils veulent aussi. Mais on peut aider dans une certaine mesure, et si les gens ne veulent vraiment pas, qu'ils n'iront pas... Alors après, comme on ne sait pas le diagnostic on ne peut pas non plus faire trop peur aux gens, ça peut être aussi délétère... Donc, au moins indiquer un confrère en qui on a confiance et puis expliquer au patient la nécessité de prendre rendez-vous en lui disant que s'il n'en a pas avant deux mois qu'il me rappelle afin que l'on insiste pour qu'il puisse obtenir un rendez-vous plus rapide. Après je ne sais pas ce qui a été fait dans la situation, peut-être tout ça... Après j'imagine que si l'on ne fait pas les choses tout de suite, il y a tellement de patients, qu'on ne peut pas se rappeler « tiens est-ce qu'il a fait ses examens ? où est-ce que ça en est ? Je n'ai pas de nouvelles ». Je pense que l'on doit être avec tellement de patients, ça ne doit pas être si évident de se rappeler et de le rappeler, je pense qu'il vaut mieux essayer de baliser les choses dès le début... Voilà...

- *Très bien. J'ai encore quelques petites questions : est-ce que toi, tu as déjà été confrontée à des événements indésirables ? Qui te viendraient comme ça à l'esprit...*
- Il y a quelque chose que j'ai fait moi, je ne sais pas si c'est dans ce cadre-là, mais quand même... C'est-à-dire que je suis allée examiner un patient en présence de mon généraliste et je me suis dit « ah tiens (on venait de faire le Ruffier), il est tachycarde, il bat très vite », je n'avais pas repéré d'arythmie ; mais je ne lui ai pas demandé d'aller regarder, je n'ai pas tilté ; et finalement, je ne sais pas ce qu'il s'est passé, il est revenu deux jours après et là il l'a envoyé chez le cardiologue, il avait une tachycardie, une tachyarythmie. Donc bon... Là c'était une erreur dans le diagnostic, de ma part... J'aurais dû insister pour qu'elle vienne écouter... Finalement ça n'a pas eu de conséquences mais s'il était complètement reparti dans la nature, ça aurait pu être grave...
- *Tu en as parlé autour de toi ?*
- Je crois que j'en ai parlé, forcément dans le milieu médical... C'est le médecin qui m'en a parlé, qui était aussi embêtée, de ne pas être venue écouter... C'est passé un peu à la trappe, quoi... Donc, je n'en ai pas reparlé, genre en entretien collectif monitoré... Ouais, je n'ai pas reparlé là...
- *Ça correspond à quoi ces entretiens collectifs monitorés ?*
- Tu ne connais pas du tout ?
- *Nous, c'est pas comme ça que ça s'appelle...*
- C'est une fois par mois, pendant une demi-journée, pendant 3h00 le jeudi, on se retrouve à une dizaine d'internes et un médecin généraliste prof de la fac et donc on discute de tout ce qu'on veut: des situations vécues avec les patients à l'hôpital ou en cabinet, des situations qui ont été compliquées ou intéressantes ; à tour de rôle, on doit présenter quelque chose dans le thème de ce dont on a parlé : quelqu'un va travailler sur qu'est-ce qu'on fait dans l'énurésie par exemple. Et on partage un petit peu, ça fait aussi un peu groupe de paroles, on se file des filons sur les bons stages, les mauvais stages... C'est un peu tout...
- *C'est pendant tout ton cursus ?*
- Oui, avec le même groupe
- *Et il y a des internes qui ont raconté des événements indésirables, pas forcément graves, un peu comme le tien ?*
- Oui ; des situations difficiles, souvent à l'hôpital... De ce qu'ils voyaient aussi, la manière dont était gérée une situation... Il y en a une aussi qui a parlé de son vécu, parce qu'elle a été hospitalisée, elle a parlé de son vécu de malade, qui avait été très très difficile... Ça aussi ça fait réfléchir... Elle surtout... Mais ça fait prendre conscience de choses différentes, sur comment on peut percevoir les patients, la manière dont on fait les choses... Donc souvent, oui, on parle de choses qui ont été compliquées...
- *Et là, la situation que tu m'as racontée, elle était compliquée, quand même... Ce que j'ai pu ressentir... Pourquoi tu n'en as pas parlé ?*
- Je n'ai pas pensé... Et en même temps ça me reste, puisque c'est la seule chose à laquelle j'ai pensé à te raconter... Je n'y ai pas pensé... Et c'est peut-être pour ça que cela me reste... J'ai parlé d'une situation qui s'était passée ici, le lendemain justement j'étais en cours, mais de cette situation- là je n'en ai pas parlé et en fait je n'ai pas trouvé de réponse...
- *Parce que là ça été vraiment la première chose à laquelle tu as pensé... C'est quelque chose qui te tracasse ? Qui t'a tracassé ? C'est-à-dire ça t'a perturbée après dans ton stage ? Ou pas forcément jusque-là...*
- Ça ne m'a pas vraiment perturbée, j'ai continué... Mais j'ai l'impression de quelque chose qui n'a pas été... Ben j'ai une culpabilité par rapport à ça... Et je n'ai pas vraiment vu ce qu'il aurait fallu que je fasse... C'est-à-dire que sur le coup je n'avais pas vu, j'ai exprimé un étonnement mais sans réaliser, parce que forcément si j'avais réalisé qu'il y avait quelque chose de grave...mais ce qui me gêne c'est que je n'ai pas réalisé que c'était grave à ce moment-là... Mais c'est vrai que je n'en ai pas parlé...
- *Tu étais à quelle partie de ton stage ?*
- À la moitié je pense... C'était au moment d'un certificat de sport, c'était en été, de mai à novembre donc il y en avait tout le temps mais c'était à peu près la moitié... Fin juin début juillet... Oui, quelque part je n'ai peut-être pas voulu, enfin je ne sais pas si je n'ai pas voulu, c'est juste passé comme ça « bon bah c'est bon, heureusement qu'elle a revu », ça c'est réglé comme ça... Elle m'a dit « quand tu m'as dit ça, j'aurais dû venir écouter », je pense qu'elle était un peu coupable aussi, c'est juste passé comme ça, on n'a pas reparlé... Oui, c'est encore gros...
- *C'est intéressant... Et juste une question, est-ce que tu trouves que dans tes études, bon tu as des groupes de paroles, tu as été suffisamment sensibilisée à tout ce qui est événement indésirable et/ou erreur médicale ? Est-ce que tu avais des cours spécifiques à la fac quand tu étais interne ou est-ce que au contraire tu trouves, avec la réflexion, par rapport à certaines situations dans les stages que tu as eu, que tu t'es sensibilisée ?*
- Je trouve que l'on a quand même des choses à la fac, par exemple par rapport aux responsabilités morales, civiles ou pénales. Ça on a eu toute une journée sur la responsabilité, sur les erreurs. Donc ça fait prendre conscience de tout ça. Par contre toutes ces situations- là, que tu me présentes dans les cas cliniques, on se dit que ça peut arriver et par rapport aux questions « comment tu gères », on ne va pas jusque-là... C'est-à-dire que l'on voit beaucoup de choses dans nos stages hospitaliers; j'ai vu plus de choses graves je dirai à l'hôpital qu'au cabinet mais hélas ça passe beaucoup à la trappe. J'ai vu ici il y a eu des choses graves et on n'a pas pu reparler... Comme si il n'y avait rien eu, parce que ça gênait les gens. Et ça c'est embêtant... Parce qu'on ne peut pas s'améliorer... On ne peut pas s'améliorer et il y a des choses qui restent du coup... Ben, cette situation j'avais pu en parler à un groupe justement, ça m'avait un peu relargué le truc mais j'ai regretté qu'il n'y avait pas eu de paroles, qu'il n'y avait pas eu quelque chose avec les personnes concernées... C'est là où ça passe sous silence peut-être parce que les gens n'ont pas l'habitude de gérer les erreurs médicales... J'ai envie de dire moi non plus... Tout ça c'est des cas cliniques, alors qu'en situation, comment réagir... Mais c'est bien, on essaye d'imaginer... Oui, je pense qu'on n'est pas suffisamment sensibilisé, même si je trouve qu'on a, dans ma fac en tout cas, une approche et qu'on voit aussi dans nos groupes d'ECM... Mais en attendant ça parlait plus des erreurs des autres que des siennes, en général ; enfin je vois dans ce genre de groupe, ce n'est pas évident de parler de ses propres erreurs.
- *Est-ce que tu sais pourquoi ?*
- Ben, il y a peut-être une fierté ; et puis, comme c'est inhabituel d'en parler on a peur du regard des autres, du jugement. Du coup, c'est assez enfermant, parce que si tout le monde agit comme ça c'est assez enfermant vu qu'on a l'impression qu'il n'y a que soi qui fait des erreurs. Et comme c'est quelque chose dont on ne parle pas beaucoup... C'est à ce moment-là qu'on se rend compte que ça peut arriver même à nous... [rire]... Voilà, donc il y a quand même des choses qui sont faites, mais il y a du boulot pour reconnaître, accepter et pour pouvoir mieux faire et réfléchir à comment faire pour que ça n'arrive plus, tant que c'est possible... Donc oui je pense qu'il y a besoin qu'on soit davantage sensibilisé,

mais sans culpabilisation justement, pouvoir être honnête et dire les choses... Surtout qu'en fait ça arrive très souvent... Et ça ressort sous forme de « ah, les patients sont procéduriers », ce qui n'est pas si vrai en France par rapport à d'autres pays ; mais du coup, c'est la faute des patients et on ne se remet pas en cause, ça ne permet pas d'avancer... Bon, il y a toujours des patients procéduriers... Mais c'est pas la majorité...

- *Tu as d'autres remarques ?*

- Non. Merci

- *Merci*

Entretien 4 (1h32)

- *Donc, je me présente, je m'appelle Émilie, je suis à Paris V et j'ai fini mon internat en 2011 et je suis actuellement remplaçante en médecine générale.*
- *Est-ce que tu peux me donner ton âge ?*
- J'ai 33 ans.
- *Ta faculté de rattachement ?*
- Je suis à U.
- *Et tu en es où dans tes études ?*
- Là, je suis en troisième semestre de médecine générale.
- *D'accord. Tu as fait quoi comme stage avant ?*
- J'ai fait un stage de pédiatrie. Ensuite j'ai fait pneumologie. Puis après j'ai fait une année de disponibilité, qui ne compte pas dans le cursus, où je suis partie presque un an dans les TOM en tant qu'interne mais l'APHP et l'ARS ne reconnaissent pas cette année. Donc, je suis en troisième semestre et actuellement je suis aux urgences.
- *C'est quoi ton projet professionnel ?*
- C'est faire le DESC d'urgence, et ensuite avoir une activité mixte. Ben, dans un premier temps, tant que je suis jeune [rire], faire des urgences et plutôt du SAMU parce que cela me plaît mais j'ai bien conscience que je ne ferai pas cela toute ma vie, surtout avec des enfants. Donc, me trouver quelque chose à côté qui soit plus calme et évoluer, d'abord partiellement et que ça prendra peut-être plus d'importance avec le temps vers quelque chose soit de la médecine générale en cabinet, soit quelque chose... Ce qui m'attire pas mal, c'est tout ce qui est centre de santé, planning familial... Bah, je ne sais pas trop encore, il faut que je me renseigne dans quelle mesure c'est possible en tant que médecin généraliste ; ou compléter par des DU. Un autre truc qui m'attire, mais qui est beaucoup plus aléatoire c'est la médecine aérospatiale, je crois qu'il y a un DESC aussi... Je ne sais pas, je ne sais pas encore [rire]... Ça peut changer [rire]. Il y avait aussi la cancéro qui me plaisait, parce qu'avant de faire médecine j'ai fait d'autres choses, dont une thèse de cancéro. Donc l'aspect recherche me plaisait aussi et que j'ai laissé de côté pour l'instant, puisque j'aime beaucoup les urgences mais peut-être y revenir dans un second temps. Je ne sais pas dans quelle mesure c'est possible, j'espère que c'est possible... Je verrai selon les opportunités, et comment évolue ma vie. Voilà.
- *Là, je t'interroge dans le cadre de ma thèse, qui parle des événements indésirables en médecine générale vu par les internes. C'est une étude qualitative, avec des entretiens semi directifs. Donc, t'as vu c'est enregistré. Par contre ça reste anonyme, c'est-à-dire que s'il y a des trucs qui sont très reconnaissables, je gommerai ce qui reconnaissable.*
- Il n'y a pas beaucoup de personnes qui ont mon profil... [rire]
- *C'est vrai, donc ça, ça disparaîtra*... [rire]. Et il n'y a pas de jugement, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Et on est à Paris à ton domicile, on est le 27 janvier. Alors, déjà pour toi, c'est quoi un événement indésirable ?*
- Heu, un événement indésirable pour le médecin généraliste ou en général ?
- *En général*
- C'est quelque chose de pas prévu, je ne sais pas... une complication, un effet indésirable d'un médicament, une complication sur un terrain auquel on ne s'attendait pas forcément... Quelque chose de peu fréquent, d'inattendu... Ou qui peut, ouais voilà, qui peut être lié même à une erreur diagnostique, on peut être complètement passé à côté d'un truc, ou à une négligence ou à quelque chose de rareté... la médecine ce n'est pas des maths, ce n'est pas binaire, ce n'est pas à zéro ou un. Donc des événements indésirables, il peut y en avoir plein. Et cela peut donner lieu à des procès, je pense, de la part des patients vu le contexte actuel.
- *Et tu m'as dit « pour le médecin généraliste ». Est-ce que tu ferais une différence avec le médecin généraliste ?*
- Heu, je ne sais pas, non... Peut-être que les réanimateurs sont un peu plus habitués à avoir des événements indésirables, ou les internistes. Encore que, cela peut survenir dans n'importe quelle spécialité. Et la difficulté du médecin généraliste, je pense que lui dans son cabinet il n'a pas d'examens complémentaires, il n'a pas recours à un spécialiste à côté, il ne peut pas appeler le Réa qui va débouler avec toute son équipe et que... Il y a la relation médecin-patients de longue date qui peut biaiser quelquefois, qui peut masquer ou retarder la découverte de certains événements indésirables parce que l'on croit connaître le patient et du coup on ne s'attend pas... Je pense que c'est cela aussi toute la difficulté. Donc le contexte du médecin dans son cabinet, même si c'est un cabinet de groupe, ouais, je pense que ce n'est pas pareil qu'un événement indésirable dans un service à l'hôpital où il y a le chariot de Réa, où il y a toute une équipe d'infirmières, où il y a du renfort tout de suite, le patient est déjà scopé... Voilà...
- *OK. Quelle est ta définition d'erreur médicale ?*
- L'erreur médicale ? Oula... L'erreur médicale, elle peut être de plusieurs natures : ça peut être une erreur par manque de moyens, c'est-à-dire qu'on n'a pas multiplié les examens complémentaires, on n'a pas recherché tout ce qu'il fallait rechercher ; ou une erreur diagnostique ; ou une erreur de traitement, par exemple on donne un antibiotique, et on ne savait pas, ou on n'a pas recherché que le patient était allergique à tel antibiotique ; ou... Moi je dirais que c'est plutôt ça l'erreur... ou on a prescrit quelque chose qui était inapproprié ou qui venait d'être interdit avec les études récentes. Mais je pense qu'il faut vraiment faire la distinction entre l'erreur médicale et l'aléa thérapeutique. Et que, malheureusement, beaucoup de patients de famille de patients surtout ne la font pas. Et que le médecin n'est pas tout puissant, n'est pas un robot, n'est pas omniscient... Et qu'il est humain, et qu'il peut, malheureusement, faire des erreurs. Et quand bien même, il ne ferait pas d'erreur, il peut y avoir des événements indésirables qui ne sont pas prévus. Parce que l'humain c'est pas une machine...
- *Si je comprends bien, toi, tu fais bien la distinction entre erreur médicale et événement indésirable, en considérant événement indésirable c'est plutôt quelque chose d'aléatoire et erreur médicale c'est quelque chose qu'on aurait dû prévoir si on avait posé la question...*
- Oui, ou que l'on a collé un traitement qui n'était pas le bon...
- *D'accord.*
- Enfin, je doute qu'il y ait des médecins qui fassent des erreurs volontairement, par volonté machiavélique de nuire mais... L'erreur pour quelque chose de vraiment flagrant... Mais encore une fois, qui peut se discuter aussi, parce que voilà... S'il est 5h du mat, le médecin ça fait 20h qu'il travaille, qu'il est épuisé, qu'il fait je sais pas combien d'heures, etc., et qu'il se trompe dans sa posologie... Ou pour l'infirmière qui n'injecte pas le bon produit... C'est une erreur, mais voilà... C'est une erreur, mais avec des circonstances atténuantes : la pression, le stress, les conditions de travail pourries, la fatigue ; erreur qu'il n'aurait peut-être pas faite dans un autre contexte. Bon, je sais que la société aujourd'hui cherche toujours des boucs émissaires et qu'il faut qu'il y ait un responsable et qu'il y a une sur-judiciarisation de tout ça, quelquefois à juste titre, parfois de façon un peu exagérée. J'ai vu il n'y a pas longtemps, qu'un médecin avait été condamné parce qu'il n'avait pas fait le diagnostic d'une tumeur au cerveau, qu'il avait fait une ponction lombaire qui avait soi-disant précipité le décès du patient de 23 ans... (pfff)... Bon je ne connais pas tout le dossier mais je pense que ça peut arriver à n'importe qui, n'importe quel soignant. Bon, évidemment c'est très triste, que la famille est très triste et cherche un coupable, une tête qui tombe mais... Enfin, enfin, je ne sais pas trop... [rire]... Je trouve des fois que ça me paraît un petit peu excessif, je ne sais pas...
- *Je vais te donner des définitions officielles de l'événement indésirable, tu me diras ce que tu en penses. Alors pour le ministère de la santé c'est « l'ensemble des événements non désirés liés aux soins ».*
- C'est super flou... [rire]
- [rire]
- ils ne se mouillent pas... Là, c'est politique, c'est très politique... C'est de la langue de bois ça s'appelle...

- Alors pour l'OMS c'est « un incident qui entraîne une atteinte pour le patient, atteinte découlant de ou associée à des projets formulés ou à des mesures prises pendant que les soins étaient dispensés, et qui ne résulte pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacente »
- Hummm... Traumatisme, pas forcément... Pas plus tard qu'hier, j'ai une patiente qui est Alzheimer, qui chute à répétition, qui a 83 ans, elle s'est levée du boxe et elle est tombée ; elle s'est levée de son brancard et elle est tombée ; on l'a laissée cinq minutes dans le boxe, elle est tombée et elle s'est fracturée le poignet. Voilà un événement indésirable, qui n'était pas prévu, peut-être qu'il aurait fallu la contentionner, je ne sais pas... On l'a fait après, mais la famille ne voulait pas... C'est un traumatisme et c'est un événement indésirable.
- Donc tu n'es pas complètement d'accord avec cette définition ?
- Ben, je pense qu'il peut y avoir des circonstances... Ben les maladies nosocomiales c'est pas des événements indésirables ? Je sais pas, mais je mettrai avec... [rire]
- [rire]
- L'infection urinaire ou la pneumopathie à germes atypiques chopée à l'hôpital, ben je pense que c'est un événement indésirable... Voilà, donc je pense que la définition de l'OMS est un peu trop restrictive et que la première, celle que tu m'as donnée, est au contraire trop lâche.
- Et enfin la dernière que je vais te donner, c'est une étude qui a été réalisée dernièrement, ESPRIT ; c'est une étude qui se passe en fait en ville. Alors un événement indésirable c'est « un événement ou une circonstance associée aux soins qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné une atteinte pour le patient ; et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau ».
- Oui, ça ça colle un peu plus...
- Alors, je vais te donner un certain nombre de saynètes, l'objectif ce n'est pas comment tu les prends charge, l'objectif ce que tu me dises est-ce que tu vois un événement indésirable dans la petite histoire, qu'est-ce que tu en penses, est-ce que tu penses que c'est grave pas grave, comment tu le gères cet événement indésirable, et comment tu essayes de faire quelque chose pour que ça ne revienne pas.
- Tu vas t'amuser pour dépouiller les données... Je ne sais pas ce que tu en tireras de tout ça, mais c'est hyper qualitatif [rire]
- [lecture de la première saynète « répondre au téléphone devant un patient »]
- Humm. Ah ouais, là il y a eu un défaut de secret professionnel. Bah, il faudrait essayer de ne pas citer le nom de la patiente au téléphone. De dire « oui bah Madame », enfin, vu que l'urgentiste l'a donné au téléphone, on n'est pas obligé de le re-répéter, et en fouillant dans ses dossiers de dire « alors Mme Durand, Dupont, Durant ahhh... » ; Voilà donc essayer de ne pas prononcer le nom du patient. Après, si la personne est susceptible d'être reconnue du fait de, je ne sais pas, de trucs, peut-être essayer d'aller dans une autre pièce... Mais encore faut-il avoir un cabinet avec une autre pièce... Parce que demander au patient de sortir c'est un peu... Parce que voilà si c'est un autre patient âgé qu'on a en face c'est compliqué... Ou dire à l'urgentiste « à quel numéro je peux vous rappeler, je vous rappelle dans 10 minutes », voilà... Ou « à quel numéro je peux vous faxer les informations », si on a un fax... Après, comment rattraper la chose maintenant que le problème est fait [rire]... C'est délicat, c'est embarrassant... Soit on pipote et on dit « mais nan, c'est pas Mme Durand Jacqueline, c'est Mme Durand Germaine, vous ne la connaissez pas »... [rire]...
- [rire]
- Mais ce n'est pas dit que ça marche... Soit essayer de dire au patient, de lui expliquer franchement « désolée, là vous avez entendu une conversation qui relève du secret médical, vous n'auriez pas dû le savoir, c'est fortuit... On ne sait pas ce qu'elle a, elle vous donnera des nouvelles quand elle voudra si elle le souhaite. Voilà, vous n'avez pas à faire comme si vous le saviez. Je regrette c'est de ma faute. Je n'aurais pas dû vous dire ça, ou je n'aurais pas dû répondre devant vous, ou je n'aurais pas dû vous laisser entendre la conversation. » C'est peut-être le plus simple.
- Et, ça te paraît grave, pas grave, moyen ?
- Il faut relativiser la gravité du truc, si c'est un voisin qui est bienveillant avec elle et tout... peut-être que ce n'est pas si grave que ça, au moins la patiente sera contente d'avoir de la visite. En théorie, c'est grave. En pratique je pense qu'il y a des erreurs plus graves. Et que si le contexte fait que on n'a pas d'autre pièce à côté et que c'est urgent, et qu'on est débordé, tout ça ; je sais pas, moi je fais preuve d'un peu de tolérance, enfin, d'indulgence on va dire... Je pense qu'il y a des trucs plus graves que ça... Que là, les répercussions ne sont pas... Un truc plus grave pourrait être une relation incestueuse avec un patient et que le voisin l'apprend, ou que le mari trompe sa femme... Je ne sais pas, enfin, quelque chose qui a vraiment des conséquences, ou des conséquences physiques sur la santé des gens... Là bon, voilà, c'est plus une gaffe, c'est un événement indésirable, peut-être une erreur médicale aussi, plus du ressort de la gaffe que de l'erreur qui peut avoir des conséquences dramatiques...
- Je passe au deuxième ?
- Ouais
- [lecture de la deuxième saynète « chute au cabinet »]
- Ben, chute... [rire]... Voilà, c'est ce que l'on a eu hier... Heu, on l'examine, on lui demande où elle a mal... [rire] et puis on appelle les pompiers, si elle a besoin d'une radio et qu'elle ne peut pas se relever, et si elle a le pied en rotation externe avec raccourcissement extérieur et on lui dit « ben oui, je suis désolée »... Oui, c'est typiquement un événement indésirable je pense. Un événement indésirable où je pense que malheureusement il y a des familles de patients qui peuvent porter plainte en disant « vous n'auriez pas dû », je ne sais pas, « c'est votre faute ». Après je ne sais pas comment un tribunal jugerait ça, j'ose espérer qu'il cataloguerait ça dans la catégorie des événements indésirables et qu'il ne radierait pas le médecin pour ça... Parce qu'on n'a pas fait exprès, il n'y avait pas intention de nuire...
- Comment tu le gères vis-à-vis de la patiente ? Alors pas médicalement...
- Sur la conversation ?
- Oui, qu'est-ce que tu fais, quoi ?
- Je gère en disant, en s'occupant d'elle quoi... En faisant la suite de la prise en charge, en examinant, en lui demandant où elle a mal, et en disant « bon écoutez, on va appeler les pompiers ou le SAMU », et voilà... Plein de fois avec le SAMU, on est intervenu chez les généralistes, parce qu'était survenu à leur cabinet une crise d'asthme dans la salle d'attente, enfin... Il faut arrêter de fouetter les médecins généralistes... [rire]
- [rire] Ce n'est pas le but...
- Enfin voilà, oui, en prenant en charge le problème correctement parce que cela aurait pu se produire, enfin... Ça aurait pu se produire même sans avoir eu le dos tourné : je ne sais pas, si je suis un médecin généraliste de 40 kg, que Mme X/Y fait 120 kg, et même si je la surveille et si elle tombe, je ne la rattraperais pas... On n'est pas Superman, non plus...
- Ça te paraît grave ? Pas grave ? Moyen grave ?
- Moyen grave...
- Hum, hum...
- Après, je ne sais pas, je tâcherais de lui faire un bon dossier, de prendre des nouvelles, de lui souhaiter que ce ne soit pas trop grave... Mais je pense que si l'on discute bien avec la patiente, qu'on s'en occupe bien, ben, je pense que cela se passera bien... Et qu'il n'y aura pas de... Enfin, j'ai entendu des histoires de trucs un peu comme ça, où finalement la famille continue si on a une bonne relation avec le patient, il n'y aura pas de conséquences judiciaires, et le patient continuera à rester patient du médecin traitant... Après s'ils sont... S'ils portent plainte, c'est possible, s'ils veulent des sous...
- Et, tu mets quelque chose en place pour éviter ça ?
- Mettre une barrière sur le... [rire]
- [rire] C'est une question...
- Non, ben, je pourrais me dire que lorsque le téléphone sonne, je ne me précipite pas forcément pour répondre, surtout si je suis avec une patiente âgée... D'ailleurs, c'est ce que j'ai tendance à faire maintenant aux urgences, le téléphone sonne sans arrêt, je ne suis pas Shiva, je termine ce que je suis en train de faire et après je réponds, voilà... Parce que sinon, je pète un plomb, je ne peux pas faire 36 trucs en même temps... et si le télé-

phone il continue de sonner ou il arrête de sonner, tant pis... Et, dans l'idéal, j'ai un secrétariat et je n'ai pas le téléphone qui sonne... Dans l'idéal... Si c'est un cabinet de groupe et que l'on peut se payer une secrétaire, et qu'il n'est pas plus de 18:00 et que la secrétaire est partie... Ou plus de 16:30, pardon, et que la secrétaire partie... [rire]... Ou un secrétariat téléphonique, je ne sais pas ce qu'il existe comme alternative...

- *Tu as d'autres choses à dire sur celui-là ? Alors, je passe au suivant... [lecture de la troisième saynète « erreur de clic »]*...

- Hum, hum...

- *C'est sur les menus déroulants quelquefois tu...*

- Ben, on remercie le pharmacien [rire]... On dit « très bonne remarque, j'ai fait une erreur de clic, et je vous remercie beaucoup de l'avoir signalée ». Et on dit « en effet, c'est une erreur de ma part », enfin, il faut reconnaître ses erreurs aussi... « Et je vous remercie de corriger », et si le pharmacien ne veut pas corriger parce que ce n'est pas inscrit sur le truc, il faut malheureusement demander au patient de repasser pour lui refaire une ordonnance et lui expliquer « je suis désolée, ça a cliqué, ça a glissé évidemment. Vous avez un super pharmacien. Je suis désolée, je suis fatiguée, je me suis trompée ». Et que faire pour que cela ne se reproduise pas ? Pfff... Je ne sais pas, peut-être avoir des ordonnances pré-remplies pour des pathologies typiques, genre, je ne sais pas, l'ordonnance typique pour la gastro, l'ordonnance typique de la colique néphrétique... Comme ça il y a moins de risques d'erreur... L'autre solution, prendre des vacances, éviter le burn-out en ayant une vie à côté... J'ai lu tout à l'heure qu'il y a 40 % des soignants qui sont en burn-out, dans un article de l'express, que je te recommande... Non, voilà, moi-même cela m'est arrivé de faire une erreur de prescription à la 30e heure de garde de pédiatrie, c'était pour un enfant qui avait, je ne sais plus, une bronchiolite, un truc comme ça et j'ai prescrit des gouttes de je ne sais plus quoi, et c'était 10 gouttes/kg...

- *Célestène...*

- Oui c'est ça, du Célestène ; et l'enfant faisait 6 kg, et au lieu de mettre 60 j'ai mis 600 gouttes... J'étais à la 30e heure de garde... Et l'infirmière, qui était une vieille infirmière, qui avait de la bouteille, quand elle a vu le gamin et la prescription, elle s'est juste dit que ce n'était pas possible... Mais moi, à la 30e heure de garde j'ai vu passer cinq équipes d'infirmières : l'équipe du samedi matin, samedi après-midi, samedi nuit, du dimanche matin, et c'était l'équipe du dimanche 14:00... Et heu, et puis, elle m'a dit « mais tu as vu ce que tu as marqué là, c'est pas possible vu le gamin », et je lui dis « ben, je te remercie, je suis crevée, j'ai dormi 1heure en 30 heures, merci ». Et donc voilà, essayer... essayer, parce que ce n'est pas facile de ne pas accepter des horaires de fou... [sourire]... Et en remerciant tous ceux qui nous ont rattrapés au filet... Et heu, la question se pose de mettre des garde-fous, de multiplier les garde-fous pour ce genre de truc... Je pense qu'avec de bons logiciels informatiques, c'est possible ; aujourd'hui en 2014, je ne sais pas ça existe... On a eu il n'y a pas longtemps, dans le service, une RMM, une réunion de service pour les effets indésirables pour nous expliquer le principe et où ils disaient que le but ça n'était pas de trouver une tête à couper, mais de décortiquer l'enchaînement des trucs, de comprendre ce qui s'est passé pour éventuellement rajouter les garde-fous nécessaires, que tu ne puisses pas cliquer sur un truc sans avoir cliqué sur un autre... Et je ne comprends pas, par exemple, pourquoi une femme qui est envoyée au scanner, quand tu cliques sur le truc scanner, pourquoi il n'y a pas un truc qui fait obligatoirement, automatiquement sur BHCG...

- *Hum, Hum...*

- Et je pense, qu'en 2014 ce n'est pas si complexe de faire un logiciel qui intègre ce type de contrainte ; ou voilà, scanner avec injection, boum, tu as une créat qui est prescrite automatiquement... Des petits trucs, il ne doit pas y en avoir 50, mais des petits réflexes automatiques... Je pense que le logiciel que l'on a à l'APHP, est ultra méga pourri... Et que pour des raisons financières aussi ils ne veulent pas investir, mais... Enfin, je ne sais pas, moi cela me paraît possible, cela me paraît faisable de mettre davantage de garde-fous parce que c'est évident que l'on est des humains et qu'au bout de X heures de garde il peut y avoir des erreurs d'inattention... Et que effectivement, un progestatif chez un homme... qu'il y ait un truc, une alerte, je ne sais pas, comme sur n'importe quel logiciel qui te dit « attention, on pouvait pas faire cette opération » « ERROR » « c'est un homme, vous avez prescrit un progestatif, êtes-vous sûrs ? », pour confirmer. Et puis, dans un cas complexe, il peut y avoir un cancer du sein chez l'homme, je ne sais pas, tu diras « oui, je confirme » pour pouvoir faire ça... Pas pour tous, évidemment, parce que s'il y a 25 000 cliques pour prescrire le Doliprane, on s'en sort pas... Mais pour certains trucs, avec le Vidal, qu'il y ait des garde-fous... Je pense qu'il y a des trucs à faire... Mais, voilà, je ne vais pas révolutionner la médecine [rire], j'ai des idées... Et à mon échelle ce que je peux faire, c'est prendre des vacances... [rire]

- *[rire] Prendre des vacances...*

- Et offrir des chocolats à mon pharmacien... [rire]

- Je passe suivant ?

- Ouais

- *[lecture de la quatrième saynète « le vaccin »]*

- Bon, ça c'est pas trop grave [rire]... Il vaut mieux ça que... je ne sais pas, avoir injecté un autre truc... Déjà, ouf, il faut se dire « ça va, c'est pas trop grave »... Mais, encore une fois il faut le dire, le pire ça serait de le masquer... Il faut s'excuser platement, en disant « je suis désolée, je n'ai pas reconstitué le truc, il n'y a pas de conséquences »... Enfin, il n'y a pas de conséquences... Il faut espérer que la famille ne porte pas plainte parce que le gamin a eu deux injections d'adjuvant et qu'il ne développe pas une sclérose en plaques, et qu'ils ne portent pas plainte... Mais... Non, il faut dire, alors si ce n'est pas au jour près, on ne lui dit pas « aller à la pharmacie et revenez tout de suite », on lui dit « bon, ben, on décale d'une semaine, et vous revenez la semaine prochaine et on lui refait le vaccin. Voilà, je suis vraiment désolée Mme »... Voilà... Et que faire pour pas que ça se reproduise ? Ben, peut-être essayer de ne pas avoir les quatre gamins en même temps, sans pour autant le reprocher à la patiente, de lui dire « bon, bah, la prochaine fois essayez de les emmener, peut-être, deux par deux, pour que cela soit moins compliqué ». Et si elle ne dit « mais non, vous comprenez, ce n'est pas possible...tatata... », essayer, je ne sais pas... Dans l'idéal, si on a une secrétaire, de dire que les deux grands ils vont jouer avec la secrétaire en salle d'attente... Je ne sais pas, cela peut être compliqué... Ouais, voilà... Mais voilà, là aussi, comme pour le Lovenox, maintenant ils font des seringues, ou l'Arixtra ou je ne sais pas... enfin pour certains anticoagulants, ils font des seringues où une fois que tu as piqué, pff, le truc se referme automatiquement, tu ne peux pas te piquer, tu ne peux pas recapsuler ; bah ça, je trouve ça bien, ils prennent en compte le fait qu'il peut y avoir... Voilà ils augmentent les mesures de protection, donc... Donc voilà les filets de protection et les garde-fous dont je t'ai parlé pour les prescriptions... Mais ça c'est les... Comme dans Prescrire, ils te décortiquent les produits, ils disent « bah voilà, le Doliprane un sirop avec une pipette qui donne la dose et pas le poids, et bah c'est source d'erreur, donc c'est moins bien »... Il y a peut-être des trucs à faire... Alors, est-ce qu'il faut le signaler au fabricant de truc en lui disant « voilà l'événement indésirable, c'est certainement de ma faute, mais je vous le signale quand même... Peut-être que vous pouvez faire un truc dans votre packaging pour que l'on ne puisse pas cliquer la seringue tant que l'on a pas mis le produit »... je ne sais pas...

- *Tu as d'autres choses à rajouter sur celui-là ?*

- Non [rire]

- *[lecture de la cinquième saynète « le vaccin bis »]*

- Alors qu'est-ce qu'on fait ? Pffffff... Heu, je ne sais pas je ne sais que interne... Je ne sais pas [rire]

- *[rire]*

- C'est quoi comme vaccin ?

- *Diphthérie, tétanos, polio, coqueluche, Haemophilus...*

- Ça je t'avouerais je n'en sais rien. Là, je serais aux urgences ped, je dirais « j'appelle le senior »... Est-ce que l'enfant doit avoir une autre dose ou est-ce qu'il y a un risque qu'il en ait un peu plus que nécessaire ou est-ce que l'on considère que son quart de dose ou sa demi-dose ou son trois-quarts de dose est suffisant ? Humm, je ne sais pas si cela est marqué dans le Vidal... hummmm...

- *Je ne pense pas, je n'ai pas regardé...*

- Bah, je dirais à la patiente, à la maman « je suis désolée, l'enfant a bougé et n'a pas reçu l'intégralité de la dose. Donc, je vais me renseigner pour savoir si ça peut passer quand même et on attend la prochaine dose ; ou si il faut que vous reveniez, on va dire la semaine prochaine, pour faire une nouvelle injection ». Et en attendant j'appelle un confrère pédiatre, ou infectiologue, je me renseigne et je rappelle la patiente le lendemain pour savoir s'il y a un risque à faire une nouvelle dose ou pas, voilà...
- *Ça te paraît grave, pas grave, moyen grave ?*
- Non, pas très grave, parce que... Parce que ça me paraît juste normal, si c'est le premier enfant, que la mère n'a pas l'habitude... Ça me paraît fréquent en pédiatrie... Voilà on serait à l'hôpital, on aurait une infirmière... Non, cela ne me paraît pas grave, parce que on va rattraper le truc en demandant s'il faut mettre une autre dose ou si on pense qu'il y a eu les trois-quarts qui sont passés et que c'est bon... Et puis de toute façon il va avoir 3- 4 injections d'ici l'âge de deux ans... Voilà, je n'ai pas la réponse...
- *Tu as quand même une réponse, puisque tu demanderas un avis...*
- Voilà
- *OK. Tu fais comment pour que ça ne se reproduise pas ?*
- Pas attacher gamin quand même [rire]... Bah, je dis à la mère « vous le tenez fermement »... à l'avenir je lui dis, enfin pour les mères pour qui c'est le premier enfant « faites attention, même si vous croyez le maintenir fermement. Des fois ça ne suffit pas. Eventuellement venez avec le papa pour les premières doses de vaccins ; un enfant ça bouge beaucoup, ça peut arriver qu'il bouge même quand vous pensez... » enfin, je préviens davantage pour les autres fois... Voilà, je ne vais pas prendre une infirmière à domicile pour un vaccin [rire]...
- *[rire]infirmières plus secrétaire ça fait...*
- Ça fait charger, ouais [rire]... Ouais, surtout pour un truc... Et tenir moi-même le gamin et le coincer, enfin, je sais qu'il y a des méthodes mais c'est pas... Enfin, j'ai vu des pédiatres tenir les gamins comme ça mais moi, je ne me sens pas, moi aussi, tu as vu mon gabarit... Je ne me sens pas de coincer le gamin comme un ballon de rugby... Non, j'essaie moi aussi de le tenir davantage, au cas où la mère ce soit pas suffisant... Voilà...
- *Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non
- **[lecture de la sixième saynète « problème de compréhension »]**
- Alors ça, dans l'hôpital où je suis actuellement c'est très très très fréquent [rire]... Parce que je dirais qu'on a environ 50 % de la population qui ne parle pas français et qui ne comprend pas ce qu'on lui dit [rire]... parce qu'ils sont toxicomanes, SDF, et qu'ils viennent de partout dans le monde, c'est très fréquent. Donc pour ça, j'ai la solution : la solution c'est un service d'interprétariat téléphonique qui s'appelle ISM interprétariat, enfin on a ça à l'hôpital. On téléphone, on dit « bonjour, je voudrais quelqu'un qui parle le tamoul du Sud, qui parle le Congolais du Nord », alors je ne sais pas combien ça coûte, ça doit coûter assez cher... Mais, voilà, le problème de la communication avec le patient c'est très très récurrent, surtout là où je suis... Voilà, après il y a des patients qui ne comprennent pas parce qu'ils sont neuneu et donc, là manifestement, on lui a dit d'aller aux urgences et il ne l'a pas fait, pfff, il n'a pas compris... Et ben, ça arrive... On en a tous les jours, on prescrit un truc et on se doute pertinemment que ça ne sera pas fait... Donc, heu, on profite du copain pour lui réexpliquer. Ou auparavant, à la première consultation, on aurait pu appeler ce truc d'interprétariat, mais qui peut coûter assez cher, soit demander au patient « mais, vous n'avez pas un copain qui parle français, ou votre fils ou votre je sais pas quoi... » et essayer... ça je le fais souvent au téléphone de dire « vous n'avez pas un ami, on peut pas lui téléphoner là, maintenant, tout de suite pour faire la traduction »... Voilà... Après, lui dire « il faut aller à l'hôpital » et heu... enfin, là je ne pense pas pour un orteil sauf si c'est une ischémie aiguë mais, dans le pire des cas on lui dit « ne bougez pas, j'appelle une ambulance qui vous emmène dans l'hôpital », voilà, avec une lettre qui résume les antécédents et comme ça, pff, il va aux urgences... On est sûr qu'il va... Voilà [rire]... Voilà...
- *Ça te paraît grave, pas grave ?*
- Heu, moyennement grave parce que malheureusement, je pense qu'on peut pas toujours tout faire, on ne peut pas les prendre par la main et tout... C'est du même acabit que la patiente qui tombe... Voilà, si on gère, je ne sais pas combien il y a de personnes dans une patientèle peut-être 1000 ou 3000 patients... Voilà, on est pas Dieu... Et donc oui, voilà il y a eu deux jours de retard diagnostique mais vu le contexte... Enfin, ça a aussi permis d'avancer sur le diagnostic [rire]... Très souvent, il y a des diagnostics comme ça qui sont faits parce que justement au bout de trois semaines de traitement symptomatique, ça persiste. Donc on se dit, c'est peut-être une pneumopathie ou un truc plus grave puisque ça n'a pas répondu au traitement initial [rire]... Et c'est fréquent les patients qui ne sont pas observants... Donc ça me paraît moyennement grave... Il ne va pas en mourir de son truc... Mais c'est lié aux complications de la prise en charge... Voilà le problème linguistique c'est super important, voilà j'ai des idées pour ça... Et pour le patient, le côté pratico- pratique, je t'aurais dit d'essayer d'appeler un copain, le foutre dans une ambulance pour qu'il aille aux urgences, ou appeler ce truc d'interprétariat...
- *Et si tu as le même contexte, pas forcément le même patient, heureusement, mais le même contexte, tu fais comment ?*
- C'est-à-dire ?
- *Tu vois que le patient ne comprend pas, tu fais quoi ?*
- Bah je lui demande si on ne peut pas téléphoner à un copain. Je lui demande de quel pays il vient, Mali, Bangladesh et j'appelle le truc d'interprétariat. Mais comme je suis en cabinet de groupe, avec une secrétaire, on a pris un abonnement pour ce service, ce qui nous revient beaucoup moins cher [rire]...
- *[rire]*
- Voilà
- *Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non
- **[lecture de la septième saynète « visite à domicile »]**
- Eh bien voilà... [rire]... Et bien encore des plates excuses... En disant « ah bah oui, je n'avais pas vu le courrier du cardiologue, je suis désolée ; effectivement je vous remercie de me le signaler ». Et puis, et puis voilà...
- *Ça te paraît grave ? Pas grave ?*
- Je pense que si l'on s'excuse gentiment, ça passe. Sur la gravité... à un jour près, ça change rien... Ça ne me paraît pas grave... pas très grave du moment qu'on rattrape l'erreur dès le lendemain... C'est une gaffe, encore une fois... C'est du surmenage [rire] ou c'est de l'inattention... C'est d'avoir fait aussi trop confiance au patient qui a présenté l'ordonnance... Et comment faire ? Avoir un logiciel formidable qui te dit « vous avez un courrier du cardiologue de Mme Untel »... Voilà... Ne pas faire confiance au patient complètement...
- *Là, tu es à domicile...*
- Avoir un ordinateur portable avec tous les dossiers de patients, ça doit être possible ?
- *Sûrement... Avec une liaison en ligne...*
- Ouais, ou sur un... Je ne sais pas... Je ne sais pas, mais je pensais que maintenant les jeunes médecins généralistes modernes, pouvaient se trimballer avec un ordinateur portable avec tout le dossier de leurs patients, et que c'était l'un des avantages de l'informatisation... Mais je suis peut-être trop utopiste...
- *Non, ça doit être possible...*
- *Ça c'est l'idéal. Toi tu mets à jour le dossier... Enfin, je ne sais pas je n'ai pas encore fait le stage chez le Prat*
- *Non, non peu importe...*
- *Ou bien, si tu es SOS-Médecins et que tu ne connais pas l'antériorité, eh bien voilà, tu ne pouvais pas savoir...*
- *Non, là tu es son médecin traitant...*

- Ha bah, tu dis « j'avais la lettre à mon cabinet et j'étais à domicile », et tu t'excuses, tu dis gentiment, et je pense que c'est en reconnaissant ses erreurs que les patients ou les familles des patients le prennent mieux que quand on raconte des bobards, je ne sais pas... Enfin, des fois ça peut passer, faut être sûr de ne pas se couper... [rire]... Enfin, je ne sais pas, après, ça dépend peut-être du contexte, si on sait que c'est une famille ultra pénible et tout, et bien je dirais peut-être pas pareil que si je sais que la famille est cortiquée et compréhensive et ne cherche pas des noises... Voilà...
- **OK. [lecture de la huitième saynète « examens complémentaires non lus »]...**
- Attends, je n'ai pas tout compris... Alors, le petit Kevin, parce que K. 12 ans...
- Non, c'était Kelly... La petite... [rire]
- [rire]... Donc, tu suspectes une hyperthyroïdie, et en fait ça avait déjà été dosé ? C'est ça ?
- Non, ça n'a pas encore été dosé...
- Et une semaine après, tu n'avais pas regardé les résultats ?
- Voilà...
- Et tu leur avais demandé de revenir au plus tôt ? Et qu'ils ne sont pas revenus ?
- Voilà...
- D'accord. Eh bien, tu l'appelles. Et tu leur dis « oui bonjour, voilà je reçu vos résultats, je vous avais demandé de revenir. Voilà, les résultats ne sont pas complètement normaux. Est-ce que vous pourriez passer prendre rendez-vous ? » C'est pas urgent-urgent, à la minute, quoi, l'hyperthyroïdie c'est pas une urgence vitale-vitale, enfin de mémoire... Sauf si tu as des signes ECG... Voilà, tu les appelles...
- Hum, Hum...
- Enfin, voilà, le patient n'a pas voulu venir, pff... Ça arrive, je pense, hyper fréquemment. Là, je ne pense pas que ce soit un événement indésirable. Voilà, il n'a pas suivi la consigne mais comme 25 000 patients, tu leur dis de revenir et ils ne reviennent pas, quoi... Ou on leur dit... suppose qu'ils veulent changer de médecin traitant... tu leur dis « il faut reconsulter », quoi... pour être plus rigoureux « il vous faut reconsulter un médecin, moi ou un autre ». Là, il y a quelque chose, on se doit de les appeler, c'est important. Après, si on s'en rend compte le samedi et pas le mardi... Non, les résultats on les a reçus que le samedi ?
- Le lundi. En fait, tu les vois le samedi matin. Le lundi d'après tu reçois les résultats mais tu ne les vois pas. Et c'est le samedi d'après, une semaine plus tard...
- Bah, ouais, non... Ça ne me paraît pas un délai monstrueux, 5 jours de retard, du moment que ce n'est pas six mois après... C'est déjà bien... Voilà, là je ne vois pas trop où est l'erreur...
- Il n'y en a pas forcément...
- Le médecin, là, il n'a rien à se reprocher... Il leur a demandé de revenir, ils ne sont pas revenus, c'est leur problème. On les appelle au bout de 3-4 jours, on va pas les appeler le mardi à 17h30 parce qu'ils ne sont pas venus à 17h... Il ne faut pas harceler le patient non plus... Voilà...
- OK. Tu as d'autres trucs à rajouter ?
- Non, non...
- **[lecture de la neuvième saynète « interactions médicamenteuses »]**
- Et depuis quand c'est introduit tout ça ? C'est nous qui l'avons introduit, ou c'est le diabétologue ?
- Les sulfamides hypoglycémisants, elle prend ça depuis des mois. Et c'est nous qui avons introduit le fluconazole...
- Et est-ce que ça fait partie des interactions médicamenteuses déconseillées ? Bon, nous on lui donne... [rire]... Je ne connais pas toutes les interactions du fluconazole... On regarde le truc de Prescrire, le pavé des interactions indésirables, et puis... Ben, s'il y a effectivement une interaction, bah on essaie de remplacer par autre chose. Après, là aussi je pense qu'un bon logiciel bien fait, je ne sais pas si ça existe encore une fois, qui prenne en compte les interactions des médicaments et qui dise sur telle ordonnance, enfin, sur tels patients, qui te dise « êtes-vous sûrs que vous voulez associer sur la même ordonnance ou chez tel patient ça et ça ? ». Enfin, c'est impossible de connaître tous les effets indésirables, toutes les interactions... Je pense, enfin, j'ose espérer qu'il existe des logiciels capables de faire ça...
- Ça existe...
- Ça existe ? Ah, bah j'achète ce logiciel... [rire]
- [rire]
- et voilà...
- Et vis-à-vis de la patiente, tu fais quoi ?
- Bah, si j'avais pas le logiciel, je lui dis que je suis en train de l'acquiescer... [rire]. Et je lui dis que ça peut arriver cette interaction néfaste, et qu'on va remplacer par un autre médicament. On n'est pas obligé de s'étendre... [rire]
- [rire]
- Voilà, lui dire... Et si elle me demande clairement « mais vous n'auriez pas pu vous en rendre compte que les deux ensemble... ? », On lui dit... « Je m'excuse platement »... Au risque, au risque de perdre le crédit... je sais pas, je ne fais que m'excuser... [rire]... « C'est vraiment une bille »... « Désolé, je ne suis que remplaçante, je ne suis qu'un interne mais je vais en parler à mon sénior, je ne suis qu'une grosse merde »... [rire]
- [rire]
- Non, ouais, voilà... Non, peut-être quand on associe, bah surtout un médicament costaud comme le fluconazole, effectivement, peut-être, sur des terrains à risque se dire « tiens, je vais jeter un coup d'oeil dans le Vidal » avant de prescrire. Un peu plus, pas sur un patient lambda, mais sur un patient qui a des comorbidités, là on prend le temps de feuilleter le pavé Prescrire ou le Vidal avant de faire une nouvelle prescription. Voilà, et je m'autoflagelle un peu plus le soir, en me disant que de temps en temps je serais un bon médecin... [rire]
- [rire] Tu as d'autres trucs à rajouter ?
- Non
- Alors, c'est les trois derniers. **[lecture de la dixième saynète « allergie médicamenteuse »]**
- Là, c'est pour le gamin ?
- Non, c'est pour elle. D'habitude tu la vois pour ses enfants...
- C'est pas bien... Bah, je dis au pharmacien « renvoyez-moi la patiente ». Je remercie le pharmacien, je lui envoie double chocolat et du champagne... [rire]... Et je me dis qu'il faut bien remplir toutes les cases et faire un interrogatoire complet, voilà. La patiente, on lui donne autre chose.
- Ça te paraît grave ? Pas grave ? Moyen grave ?
- Moyen grave, parce que si la patiente n'est pas cortiquée, et ben elle peut le prendre et tourner à l'œdème de Quincke. Et si elle est cortiquée, elle se rendra compte que ce n'est pas cohérent. Ou si le pharmacien n'avait pas eu son logiciel... Donc oui, de ne pas avoir renseigné l'allergie, je pense que c'est grave... Enfin dans l'interrogatoire d'un nouveau patient que l'on ne connaît pas, pour le suivre... enfin, ça fait partie de ses antécédents... Donc ça, c'est plus grave, c'est plus une faute médicale de ne pas être au courant des allergies de son patient... Mais en même temps, aux urgences, je vois tous les jours des patients qui arrivent avec une lettre du médecin traitant dans laquelle il n'y a rien à part « merci de prendre en charge Monsieur Machin, qui a mal au ventre », voilà, et qui ne parle pas français, et tu ne sais rien sur les antécédents, tu ne sais rien sur le mode de vie, tu ne sais rien sur les allergies, tu ne sais rien sur le traitement et tu t'aperçois après qu'il prend ça de traitement et qu'il a ça d'antécédents. Donc je pense qu'il y a plein de médecins qui ne font pas d'observation de médecine interne comme nous le faisons nous, jeunes médecins généralistes, et qui font ça en mode un peu olé olé. Mais nous sommes une jeune génération qui allons faire bien...
- Comment tu gères vis-à-vis la patiente ? Et qu'est-ce que tu fais pour que ça ne se reproduise pas ?

- Bah là je lui dis de revenir. Je prends sur moi encore une fois, je lui dis « désolée, j'aurais dû vous poser la question sur vos allergies, mon collègue pharmacien m'a appris que vous étiez allergique et que vous aviez eu ça, je ne savais pas. Donc évidemment je ne vais pas vous donner de l'amox mais autre chose ». Voilà « je suis désolée Madame »...
- *Et comment tu fais pour que la prochaine fois ça ne se réalise pas avec un autre patient ?*
- Je demande bien tous les antécédents, et toutes les allergies, avant de prescrire un antibiotique.
- *Tu es systématique ?*
- Oui je pense qu'à la première consultation d'un premier patient même s'il vient pour autre chose, ça fait partie de l'interrogatoire de base de lui dire « bonjour Monsieur, dont vous venez pour un bobo au bout du doigt mais on ne se connaît pas. Est-ce que vous avez déjà été opéré, hospitalisé dans votre vie ? Est-ce que vous avez des allergies ? Qu'est-ce que vous prenez comme médicament habituellement ? » Boum, boum, boum et comme ça après c'est fait. Et avec un bon logiciel informatique ça ressort tout seul. Voilà, avoir un dossier de patient à jour et complet. Ça paraît important... Voilà...
- *Je passe au suivant. [lecture de la onzième saynète « consultation par téléphone »]*
- Bon, le gamin, on l'envoie direct aux urgences ped... Pour réhydratation... Et non, je pense que la veille, si on était débordé, une patiente qu'on ne connaît pas et surtout pour un gamin de deux ans, on lui dit « écouter allez aux urgences pédiatriques à Trousseau, Necker, ou Robert Debré », un petit de deux ans... Encore le gamin, il aurait 16 ans, tu vois ça serait peut-être pas pareil, mais un petit de deux ans, une gastro, on connaît pas le contexte, on luxe direct « Madame je suis désolée je ne peux pas le recevoir ce soir. Mais l'enfant a deux ans, appelez SOS-Médecins, urgences médicales de Paris ou allez aux urgences pédiatriques. » Faut le dire ça... Donc à l'avenir c'est ce qu'il faut faire... Sur le moment, là, en l'occurrence soit on l'envoie soit on appelle une ambulance pour qu'il aille direct aux urgences ped...
- *Ça te paraît grave, pas grave, moyen grave ?*
- Oui, parce que c'est un petit. C'est toujours plus grave chez les gamins que chez une personne de 90 ans, enfin je pense... [rire]... Enfin, si, une déshydratation chez une personne de 90 ans ça peut être grave...
- *[rire] 45 tu voulais dire...*
- Non, mais je pense que d'une manière générale, ça, c'est mon opinion propre, toute pathologie qui survient chez un enfant est plus grave que chez quelqu'un de 90 ans. À 90 ans, c'est normal d'être malade et peut-être de mourir de quelque chose. Avant 20 ans c'est révoltant. Donc voilà, gamin, je vois rouge... Donc, autant pour quelqu'un de 40 ans, ou de 80 ans, enfin ça peut être grave mais pour un enfant... Tu prends pas de risques avec un enfant, surtout un tout petit...
- *Donc, en gros c'est soit tu le vois soit il faut qu'il soit vu...*
- Oui
- *Si c'est pas toi, c'est quelqu'un d'autre ?*
- Ouais, et je lui dis d'aller direct aux urgences ou d'appeler SOS-Médecins, quelque chose comme ça. On ne fait pas une régulation médicale pour un enfant de deux ans par téléphone alors qu'on est occupé et qu'on n'a pas l'habitude. Enfin, moi j'ai bossé aux urgences médicales de Paris, en tant que bébé régulateur médical, ils prenaient des D3 et des D4... Et moi les enfants je les faisais passer en priorité... enfin c'était les consignes qu'on avait, sauf si c'était vraiment le truc bénigne, ou si c'est pour faire un certificat de sport à 11h du soir, ça arrive [rire]... Mais sinon on fait toujours passer les gamins petits avant les adultes... Sauf si c'est l'arrêt cardiaque [sourire]
- *[rire]*
- Mais bon, enfin on se débrouille pour qu'il soit vu et si on a des délais trop importants et c'est le cas en période de gastro ou en période de grippe, on dit à la personne « mais vous n'avez pas moyen d'aller... Vous prenez l'enfant, vous prenez un taxi et vous allez aux urgences pédiatriques », c'est ça ce que je leur dis, voilà, il faut qu'ils soient vus... On ne peut pas faire de diagnostic par téléphone, c'est ce qu'on leur répondait... Mais des fois, la mère me disait « mais vous ne vous rendez pas compte, j'ai trois autres enfants, j'habite au cinquième sans ascenseur, nous vivons à 15 dans une pièce, je ne peux pas laisser mes autres enfants, je ne peux pas me déplacer... » Et bien, on appelle le 15, on trouve une solution mais heu, voilà... Les enfants c'est plus important que les adultes... Voilà...
- *Je passe au dernier ?*
- Oui
- *[lecture de la douzième saynète « le confrère »]*
- [rire] Oh, zut, alors... Et il buvait de l'alcool aussi un peu ?
- *C'est pas dit...*
- Donc, en gros, là, on a loupé l'organisation de la prise en charge de la tumeur...
- *Mr O. n'est pas revenu...*
- Et on ne l'a pas rappelé... Bon, quand on reçoit des comptes-rendus avec des trucs bizarres, il faut envoyer un courrier au patient ou lui téléphoner, il faut se démerder pour le contacter. Après s'il ne veut pas venir nous voir, il faut lui dire qu'il voit quelqu'un d'autre. C'est notre responsabilité médicale de le recontacter, d'essayer autant que possible de le recontacter. Après, s'il est dans le déni de la maladie, on ne va pas aller frapper à sa porte pour le soigner de force. Ça peut être un choix de sa part... Notre devoir c'est de le contacter, voilà... Donc, si on l'a recontacté, si on a fait tout ça et qu'il n'est pas venu... Là, là tu dis qu'il revient finalement ?
- *Il revient quelques mois plus tard.*
- Eh bien là, on fait un courrier très complet, en disant « je vous adresse tout de suite à tel endroit... ». J'appelle l'hôpital en disant « voilà, j'ai un patient, on a perdu trois mois, il y a une très très forte suspicion de trucs » ou alors j'appelle l'ORL de l'HEGP « est-ce qu'on peut organiser une hospitalisation pour Mr Untel rapidement pour qu'il ait un bilan parce que c'est un patient non compliant, non observant, et là il y a quelque chose de grave ». J'essaie de faire peur, un peu, au patient en disant « là, il faut que vous soyez pris en charge »... Il parle français celui-là ? [rire]
- *[rire]*
- Bon.. Mais quand j'étais en pneumo, il y avait énormément de cancer du poumon où c'était ça, des retards diagnostiques, parce que le patient... je m'en souviens d'un notamment, il avait tout un bilan qui avait été fait, il avait une tumeur qui était opérable, il ne parlait pas bien français, il a loupé un rendez-vous d'HDJ ou je ne sais pas trop quoi, il n'est pas revenu et personne ne l'a appelé. Et il s'est repointé un an après chez son médecin traitant qui a refait faire une radio. Et le truc qui était comme ça [geste avec la main], opérable, était devenu comme ça [geste avec la main] non opérable. Et c'était un patient originaire de je ne sais plus quel pays d'Afrique... Moi, j'étais révoltée pour lui. Il ne comprenait pas trop... il n'a pas voulu qu'on lui pose un PAC, donc il a voulu qu'on lui fasse la chimio en IV... Il a dû mourir 3- 4 mois plus tard... C'est con, parce qu'il aurait été pris en charge, il aurait probablement survécu à sa tumeur qui était opérable. J'en ai parlé avec les pneumologues qui m'ont dit « Bon, écoute, tu as vu le nombre de patients qu'on gère. Il n'est pas venu en HDJ. Il n'a pas compris. On n'y peut rien. Ça arrive. »
- *Tu es d'accord avec ça ?*
- Non, je pense qu'il aurait fallu le rappeler. Et il y a eu un autre cas comme ça, c'est moi qui l'ai rattrapé, le senior n'avait pas fait gaffe... un patient qui avait un truc, une patate dans poumon et il n'est pas revenu au rendez-vous, et s'était opérable, pareil... Donc j'ai appelé un autre senior en disant « je crois qu'on est passé à côté d'un truc. Le patient n'est pas venu à son rendez-vous. Or il a un truc qui a l'air d'être opérable, etc... et le patient avait beaucoup insisté pour partir en vacances en Algérie, mais là, je ne sais pas ce qu'il en est maintenant ». Et finalement, le patient est revenu, et s'était toujours opérable son truc, ouf ! Alors que deux mois s'étaient écoulés. Donc il a été opéré. Mais il a fait des complications post op... franchement il n'a pas eu de bol. Et il est mort quand même peu après... [Sourire]
- *[rire]*
- Mais bon, j'avais réussi à rattraper le coup... [rire]

- *La morale de l'histoire c'est que comme quoi... [rire]*
- [rire]... Quand c'est écrit, c'est écrit...
- Un cancer du poumon ça tue... [rire]
- Ah bah, tu n'as que 20 % qui sont détectés au stade opérable...
- *Et même quand c'est opérable, ça peut te tuer... [rire]*
- [rire] Voilà, donc ça c'est tout un problème des patients qui ne reviennent pas. Surtout quand tu as une patientèle de malades à gérer, très nombreuse, et que tu es toi-même débordé, et que tu fais déjà 80 heures par semaine, et que tu n'en peux plus... Ça fait partie peut-être des aléas thérapeutiques, des événements indésirables... Enfin, tu vois, vu le contexte [se tape sur les cuisses] tu as plein de patients qui ne viennent pas au rendez-vous ; alors c'est vrai que pour les trucs graves il faut essayer de les harceler un peu plus, mais je pense que ça peut arriver... la preuve... Qu'il y en ait un qui passe à l'as...
- *Hum, hum*
- Et c'est triste. Après il faut espérer que le retard diagnostique, le retard de prise en charge n'est pas trop de conséquences, mais... Et qu'il ne porte pas plainte, et qu'il survive... [rire] Et justement, dans les TOM, on a eu un cas comme ça : un garçon de 25 ans qui a fait des crises convulsives, de novo, comme ça sans facteurs déclenchants. Et la question s'est posée... Donc, le premier truc que l'on pense c'est scanner. On n'avait pas de scanner. La question qui s'est posée c'est : est-ce qu'on le rapatrie tout de suite en détournant un bateau de pêche, pour qu'il ait son scanner 15 jours après... puisqu'il y avait quand même le délai du bateau, sachant qu'on avait très peu de moyens sur place et que j'avais trois ampoules de Depakine [rire] voilà... ou est-ce qu'on attend trois mois de plus et le passage du bateau militaire pour qu'il soit rapatrié, qu'il ait son scanner, sachant que cela supposait que je l'accompagne, que je fasse aller-retour en bateau de pêche etc... Et j'ai été très étonnée et déçue de voir que les critères financiers sont rentrés en ligne de compte, qu'il a fallu bagarrer avec le préfet, avec le médecin-chef de Paris, pour les convaincre [tape sur la table] « il a 25 ans, c'est peut-être une tumeur au cerveau ; il a le droit à son scanner ; il a le droit son scanner, enfin dans 15 jours, et pas dans trois mois. Et on s'en fout si ça fait détourner un bateau de pêche ». Et en fait, l'enjeu, c'est que la police d'assurance pour un garçon de 25 ans comme ça, qui a un contrat précaire à 900 € par mois, c'est 10 000 € en cas de décès et que détourner un bateau de pêche ça vaut plusieurs millions d'euros, voilà... Et les politiques, les décideurs hauts placés font la balance. Et moi qui côtoyais le patient, qui était plus qu'un patient puisque je le voyais tous les jours même si je n'avais pas d'affinité particulière avec lui, j'étais juste révoltée. Et puis, on a laissé passer un bateau de pêche, un deuxième bateau de pêche et au troisième, j'ai pensé démissionner, j'étais folle de rage. Et finalement on a pris le troisième bateau de pêche. Et au mois de mai, j'ai fait l'aller-retour avec le garçon. Sur le bateau de pêche il n'a pas reconvulsé, heureusement. Et il a eu scanner, I.R.M., EEG, et il n'avait pas de tumeur au cerveau, tant mieux pour lui, mais il avait une épilepsie. Donc, 15 jours après il avait encore des stigmates de ses crises. Il avait une épilepsie à traiter quoi. Après il n'a pas voulu le traiter, parce que le garçon était dans le déni complet de la maladie, il ne comprenait pas. Mais bon, au moins il avait été rapatrié et s'il refait une crise en métropole, il aura les pompiers en 10 minutes, il aura un traitement. J'ai essayé de lui expliquer, pourtant, que le traitement ça n'était pas que pour lui, c'était aussi que s'il prenait le volant et qu'il faisait une crise il peut tuer des gens, pff... Mais voilà, au moins il était informé. Après s'il ne veut pas prendre le traitement, il ne le prend pas. Il n'est pas revenu avec moi. Mais j'ai été étonné de voir que l'opinion initiale du médecin-chef et même des décideurs qui étaient informés des risques était de mettre dans la balance le côté financier... Moi, en tant que médecin, ça me choque... Mais, je suis peut-être jeune médecin...
- *[rire] Est-ce que tu as d'autres événements, enfin, un événement qui te vient juste comme ça à l'esprit... Est-ce que tu as un événement indésirable qui s'est passé devant toi et qui t'a profondément marqué ?*
- Profondément marqué ? Je ne peux pas dire que j'ai été marqué par le plâtre de la patiente hier... [rire] oui ça m'a fait chier de faire un plâtre à 9h00 du soir et surtout que l'on me dise après qu'elle avait retiré son plâtre, et qu'à 9 heures et demie j'ai dû lui refaire un plâtre... oui ça m'a fait chier. J'étais triste pour elle aussi parce que voilà, Alzheimer et tout. Ça m'a pas empêché de dormir quand même. Non, si, le patient dont je te parle qui n'étais pas vieux, qui avait 30 ou 40 ans, voilà un an de retard diagnostique, tumeur opérable, il revient un an après parce qu'il ne parlait pas bien français, et un an après il revient et son truc, pfff... Voilà, je me souviens même de son nom...
- *Ah oui. Qu'est-ce que ça a eu comme conséquence sur toi ? Tu t'es sentie...*
- Je me suis dit que la cancéro c'était dur. Et c'est là que j'ai pris conscience de la différence entre être interne et externe. Là, dans le service de pneumo, j'étais là de 8h00 du matin à 9h00 du soir voir 10h00, les patients je les voyais toute la journée. Ils restaient pour leur chimio parfois plusieurs semaines. Je voyais les familles de patients, je connaissais l'épouse, l'enfant, tout l'entourage et on les suit vraiment pendant plusieurs jours. Et on n'a plus la même froideur, la même distance qu'aux urgences où le patient il arrive, tu ne connais pas et boum-boum... Et voilà... Et c'est ce qui me fait un peu peur, je reconnais, dans la relation médecin-patient de médecine générale, c'est d'être trop touchée par le contexte, c'est de trop connaître, de trop s'attacher au patient et de plus être, du coup, thérapeutique ou de souffrir soi-même parce que l'on commence à tisser des liens, avoir un peu d'affect pour les patients qu'on suit depuis 30 ans, alors qu'on devrait pas... Et en même temps ça me paraît normal de le faire, parce qu'on est humain aussi... Donc, oui, ça m'a fait réfléchir, et c'est pour ça aussi que quelque part j'aime les urgences, parce qu'il y a moins de risque de s'attacher. Et, voilà, ça permet d'avoir une distance, contrairement à la cancérologie où là, tu suis les patients, t'arrives, tu fais le diagnostic, tu fais les chimio, tu les vois se dégrader petit à petit jusqu'au jour où ils meurent... Donc, ça fait aussi partie de la médecine d'accompagner, de soigner et d'accompagner, mais je trouve que c'est pas facile ; et c'est pour ça que, même si j'ai envie peut-être de faire un jour de la cancéro, je sais que c'est pas facile, qu'il faut peut-être pas faire que ça, et qu'il faut y aller en se protégeant et en gardant les distances pour durer... Donc voilà, ça, ça m'a fait réfléchir à ça, à cette notion de distance cet événement indésirable... Après, ça m'a fait réfléchir aussi sur l'histoire du burn-out ; voilà quand tu fais 80 heures par semaine et que tu as une patientèle de fou, tu ne peux pas bien t'occuper de tout le monde. Là, typiquement c'était ça, le service de pneumo est un service très bon, très compétent, seulement ils sont juste débordés. Et je comprends aussi tout à fait qu'ils n'aient pas eu le temps, pas pu ou oublié de rappeler un patient qui ne parlait pas français et qui ne s'est pas pointé au rendez-vous, voilà... Donc, voilà, je ne sais pas, c'est peut-être se limiter dans sa patientèle pour bien la soigner, je ne sais pas dans quelle mesure c'est possible de dire « non, je suis désolée, j'ai trop de patients, je suis débordée et je ne peux plus, j'en peux plus sinon cela va retentir sur les patients »... Je ne sais pas si c'est possible de le faire...
- *Si, c'est possible...*
- Je ne sais pas si c'est possible dans le contexte actuel de manque de médecins...
- *Ce n'est pas forcément évident, mais c'est possible...*
- Je pense que c'est aussi les questions idéologiques et politiques : quel prix la société est prête à mettre pour soigner ses malades, ses personnes âgées, ses indigents. Enfin, c'est de la philo, de la philo et de l'éthique. Est-ce que... Ça se comprend aussi, est-ce qu'il vaut mieux investir des sous dans des hôpitaux dernier cri pour prolonger les gens à coups de chimio, je ne sais pas quoi, d'Alzheimer qui ne finissent pas d'être comme ça 10 ans de plus, qu'ils ne retravailleront jamais ou est-ce qu'il vaut mieux investir dans les écoles, dans les routes, pfff... Enfin, ça se discute... Et c'est le boulot des économistes, qui sont froids, et il en faut aussi... Mais je suis contente de ne pas avoir à me prononcer là-dessus [rire] et d'être de mon côté plutôt que du leur, c'est pour ça que je n'ai pas voulu faire économiste ou politique... Mais voilà, ça amène ce genre de réflexion sur le burn-out, sur comment soigner sa patientèle, sur comment se protéger soi pour bien soigner les autres, sur s'équiper des bons outils, des logiciels pas pourris, mais des bons logiciels pour avoir les filets de sécurité et les garde-fous nécessaires et quand il y a un truc grave essayer autant que possible de rappeler le patient... Pour les effets indésirables, ouais, voilà, regarder... Être méthodique, rigoureux, appeler le truc d'interprétariat, mais avoir une vie perso aussi [rire], voilà...
- *Est-ce que ces petites saynètes t'ont fait modifier ta vision des événements indésirables ? Ou pas ?*
- Oui, sans doute. Je ne sais pas depuis combien de temps on discute...

- 1h24

- [rire] Je deviens un peu trop prolix... Ouais, je serais peut-être un peu plus vigilante à l'avenir. Merci de m'avoir fait réfléchir là-dessus... Tu vois c'est plus intéressant que le module qui a eu lieu jeudi dernier, organisé par Paris VII et je sais pas combien...

- *J'allais y venir [rire]...*

- Que j'ai loupé... Auquel je n'ai pas pu aller parce qu'il fallait s'inscrire à l'avance et que c'était complet. Et j'avais prévu d'y aller, j'avais même la journée off. Du coup j'ai passé ma journée à faire autre chose, j'étais bien contente... Mais je n'ai pas pu y aller... Et je pense que finalement l'heure et demie que j'ai passé avec toi remplace nettement la journée mais, tu ne peux pas me valider d'heures ? [rires]

- [rires]

- Je pense que là, c'est un cours particulier on va dire mais je sais que les cours à la fac, c'est en général un peu pipeau, malheureusement...

- *Eh bien, justement... Est-ce que tu te souviens d'avoir déjà eu des cours sur les événements indésirables pendant ton internat ou ton d'externat ?*

- Vaguement

- *Est-ce que cela t'avait paru concret ?*

- Non pas du tout

- *Très théorique ?*

- Ouais

- *Est-ce que du coup tu penses que l'on est assez formé là-dessus ?*

- Non, il y a plein de trucs sur lesquels on n'est pas assez formé... Mais il y a tellement de trucs à apprendre...

- *C'est pour ça...*

- Non, vraiment, je pense qu'on n'est pas formé là-dessus. On nous forme sur le grave, et le très grave, plus que... Je pense qu'en sortant de l'externat, prendre en charge le petit bobo tout bête, on ne sait pas faire [rire]. Après je pense qu'il y a des trucs que tu apprends sur le terrain avec le temps...

- *Les événements indésirables se seraient plutôt des cours pendant l'internat. Un chirurgien ne va pas forcément voir la même chose que toi...*

- Oui

- *Ça te paraît important ça ? Le module ça t'intéressait par exemple ?*

- Je voulais m'inscrire pour valider des heures je t'avouerai [rire] c'était pas le... [rires] je n'ai pas une folle passion pour les événements indésirables... Enfin, c'était pas le module... Je l'avais noté dans mon agenda et j'avais organisé mon emploi du temps pour pouvoir y aller. Et la veille je suis dit « tiens à quel endroit c'est ? » Et puis j'ai regardé sur le site du D.E.S. Île-de-France et j'ai vu qu'il fallait remplir un formulaire d'inscription. Et j'ai envoyé un mail au responsable, qui m'a dit « c'est complet »...

- *Et du coup tu penses qu'il faudrait qu'il y en ait plusieurs ? Parce que je crois qu'il y en a, à peu près, un par semestre si je me souviens bien de ce type de module... Pour que tout le monde puisse y aller...*

- Tu sais les cours à la fac c'est tellement en dents de scie : tu as des fois un cours intéressant. Bien souvent c'est, malheureusement, des histoires de chasse des profs qui sont intéressantes, mais quand tu sors de garde et que tu vas en cours pour valider tes heures de cours, t'es juste pas dedans... Pour écouter un cours qui quelquefois n'a rien à voir avec le stage que tu fais. Par exemple, moi ce que j'aimerais leur proposer, mais ils vont peut-être encore m'envoyer chier, c'est quand tu fais le stage pédiatrie, pourquoi ne fais-tu pas les cours de pédiatrie ? Quand tu fais le stage de gériatrie, pourquoi ne vas-tu pas qu'au cours de gériatrie ? Et on m'a répondu « non, c'est pas possible ». Parce que là on a des cours étalés sur les trois années et tu peux être en stage pédiatrie et avoir un cours sur l'épaule douloureuse du sujet âgé. Or, en l'occurrence, quand tu es dedans et que tu fais 70 heures par semaine tu n'en as rien à faire de l'épaule arthrosique. Tu peux pas. Certains te diront « oh, ça permet de se changer les idées ». Non, tu peux pas, juste tu peux pas. Non, déjà si on avait des cours dans lesquels on pourrait aller dans de bonnes conditions, sans s'endormir devant ça serait bien, qu'on est un vrai créneau horaire pour pouvoir y aller sans que ce soit sur un repos de garde, déjà ça, ça changerait beaucoup de choses. Moi les seuls cours que je retiens de bien depuis mes deux ans d'internat à U, ce sont des cours qui ont été faits par une ancienne thésarde qui nous a présenté son travail de thèse sur les mutilations sexuellement, enfin sexuelle des enfants. C'était hyper bien parce que l'on n'a jamais entendu parler de ça et c'était bien parce que en plus elle était jeune et que son truc était clair, carré. Parce que je ne veux pas dire mais la plupart des profs ne savent pas ce que l'on sait : ils nous ont fait un cours de LCA, mais, bon sang ! Je suis la promo qui a passé trois fois la LCA à l'ECN... Un autre cours dont je me souviens qui était bien c'était une mise en situation. Le prof jouait le rôle du patient, le patient chiant, et nous, il nous mettait en position du médecin traitant qui devait gérer la situation. Ça, ça avait été hyper formateur je trouve. Parce que là ça te fait vraiment réfléchir dans un contexte secure, parce que là il n'y a pas d'enjeu... ça, je trouve ça formateur pour gérer le patient chiant, le patient non compliant, qui ne parle pas français etc.... Ça c'est formateur... Mais il n'y en a pas souvent...

- *Comment tu définirais maintenant événements indésirables ? Est-ce que ça a changé ta définition de tout à l'heure ?*

- Non, je pense que la définition que tu avais donnée, la troisième c'est celle qui correspond le plus à ce que je dirais.

- OK, merci

* *Remarque : les éléments de CV permettant l'identification de la personne interviewée ont été gommés lors de la retranscription de l'interview*

Entretien 5 (1h45)

- Donc, moi je suis Émilie, j'ai 32 ans. Je suis à Paris 5 et j'ai fini mon internat depuis deux ans et demi, depuis novembre 2011. Je suis actuellement remplaçante en médecine générale, mais je ne suis pas thésée encore.
- D'accord
- Je viens pour t'interroger sur les événements indésirables en cabinet. Le thème exact de ma thèse c'est « les événements indésirables vus par les internes de médecine générale ». C'est une étude qualitative, avec des entretiens semi directifs et qui est enregistrée sur support numérique. Voilà. Il n'y a pas de jugement, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, c'est pas le but de la chose. Et c'est anonyme, c'est-à-dire que si tu as un parcours très, très particulier, je me débrouillerai pour que ce soit gommé, pour qu'on ne puisse pas te reconnaître. D'accord ? Alors on est sur ton lieu de stage. On est le 19 mars. Qui es-tu ?
- Je suis R. Je suis interne en cinquième semestre en médecine générale. J'ai 26 ans. Qu'est-ce que tu fais ?
- Tu es à quelle fac ?
- U. Voilà...
- Tu as fait quoi comme autre stage ?
- J'ai fait... Alors, comme stage j'ai débuté par de la pédiatrie, ensuite j'ai fait de la gériatrie aiguë, j'ai fait les urgences cancéro, j'ai fait mon stage chez le praticien et je suis actuellement en l'unité de soins palliatifs.
- D'accord. Ton stage chez le Prat, tu étais chez un Prat, deux Prat...
- Trois Prat. J'étais chez deux Prat
- D'accord. Et ils avaient des activités autres que le cabinet ?
- Alors, oui... Mais auxquelles je n'ai pas participé. J'avais un de mes praticiens qui faisait également des consultations au centre antidouleur de l'hôpital. Et j'avais un de mes praticiens, où là je participais un peu, qui avait une particularité dans le suivi des toxicomanes.
- D'accord. Alors, qu'est-ce que pour toi un événement indésirable ?
- Alors, c'est une bonne question. C'est un peu la question que j'allais te poser... [rire]
- [rire]
- Je ne sais pas ce que tu entends par événement indésirable... C'est large ?
- [Acquiescement de la tête]
- D'accord. Événement indésirable, qu'est-ce que ça peut être ?
- Quand je te dis événement indésirable, à quoi tu penses ? C'est quoi la première chose qui te vient à l'esprit ?
- Ça peut être un accompagnant à une consultation qui peut perturber le bon déroulement d'une consultation ou au contraire favoriser le bon déroulement d'une consultation... Mais qui reste quand même un élément perturbateur... Ça peut être un coup de fil de l'extérieur... Ça peut être un événement indésirable, même si ce n'est pas vraiment indésirable d'ailleurs. Qu'est-ce que ça peut être ? Ça peut être... Après, il peut y avoir des événements indésirables dans la consultation en elle-même : des motifs cachés, des motifs qu'on appelle « pas de porte » avec les vrais motifs de consultation qui surviennent dans les 30 dernières secondes de la consultation, ça peut être la multiplication des motifs de consultation... Voilà... Ouais, c'est à peu près tout ce que je vois, spontanément, comme événement indésirable...
- C'est quoi pour toi la définition de l'erreur médicale ?
- Erreur médicale... C'est plus compliqué ça... Je pense qu'il y a deux types d'erreur : il y a l'erreur, quelle que soit la gravité de l'erreur, il y a l'erreur que le médecin fait et qui passe complètement inaperçue... Il y a aussi l'erreur que le médecin fait qui passe complètement inaperçue et qui entraîne des complications ; et il y a l'erreur que le médecin fait et dont il se rend compte rapidement et qu'il va corriger lui-même. Je pense que ce n'est pas déjà la même gravité, et pas la même perception de l'erreur par ceux qui la subissent. Qu'est-ce que c'est une erreur médicale ? Soit une erreur de prescription, soit une erreur de diagnostic, soit une erreur de prise en charge : prise en charge thérapeutique, prise en charge humaine, prise en charge sociale... Tout ce qui fait partie du panel de la prise en charge du médecin généraliste. Les erreurs médicales, celles qui font parler d'elles, c'est les erreurs de thérapeutique, quand on prescrit un médicament qui n'est pas bon ou qu'on prescrit un médicament qui interagit avec un autre et qui donne une complication, mais je pense qu'il n'y a pas que ça dans les erreurs médicales... Je pense que, enfin, là, dans notre pratique en USP, on voit des erreurs médicales sur des erreurs d'annonces, sur des erreurs de comportement, voilà. C'est peut-être un peu biaisé par ma pratique... Moi je suis très intéressée par les soins palliatifs, ça me plaît beaucoup. Alors c'est vrai, que dans toute ma pratique c'est quelque chose vers quoi j'ai tendu, qui m'intéresse. Donc, forcément les erreurs humaines des oncologues font partie de notre quotidien.
- Quand tu dis « les soins palliatifs c'est quelque chose qui m'intéresse », c'est quoi ton projet professionnel ?
- Mon projet professionnel, c'est de faire du soin palliatif. Alors, je suis en train de faire 1 DES de médecine générale, mais j'aimerais faire une formation complémentaire en soins palliatifs, DESC au mieux ou DU au minimum, pour faire du soin palliatif... Pour faire du soin palliatif, alors que ce soit en ville, à l'hôpital, ou en équipe mobile, je ne sais pas...
- D'accord. Alors, du coup, je reviens un peu en arrière, je suis désolée...
- Je t'en prie
- Par rapport à la définition que tu m'as donnée, ça n'a pas l'air de se recouper événement indésirable et erreur médicale. Pour toi c'est complètement différent ? Ou ça peut se recouper ?
- Si, ça peut se recouper. C'est vrai que l'erreur médicale peut faire partie des événements indésirables. Mais je ne sais pas si c'est un événement indésirable de la consultation, ou de la prise en charge au long terme du patient. Je ne vois pas ça comme un événement indésirable de la consultation... Parce que pour moi un événement indésirable c'est quelque chose dont on a conscience, qu'on arrive à prendre en charge pendant la consultation. L'erreur c'est quelque chose dont on n'a pas conscience quand on la fait, sinon on ne la ferait pas. Donc, même si l'erreur médicale en tant que telle est un événement indésirable de la prise en charge du patient, pour moi c'est pas quelque chose d'indésirable dans la consultation mais dans la prise en charge globale.
- OK
- C'est clair ?
- Oui. Alors je vais te lire des définitions et tu me diras ce que tu en penses. Alors la première c'est celle du ministère de la santé qui dit que « un événement indésirable c'est un événement non désiré lié aux soins »...
- Lié aux soins ? Ah ouais. C'est très limité. La première chose que je me dis c'est que c'est très limitant. Alors heu... C'est le ministère de la santé, c'est ça ?
- Oui
- D'un point de vue pour la santé du patient, c'est vrai que c'est principalement les événements liés aux soins qui vont entraîner une modification de la santé du patient. Sauf que, je pense qu'on ne fait pas que ça. Dans une consultation de médecine générale, on ne fait pas que ça, on ne fait pas que du soin, ou alors on fait du soin au sens large du terme... Ou alors, dans la définition qu'ils donnent, « lié aux soins », soins au sens global du terme... Mais là, je trouve que ça fait un peu trop limitant à des erreurs liées au diagnostic, de thérapeutique, et je trouve que ce n'est pas que ce point, je trouve ça limitant comme définition.
- Qu'est-ce que tu appelles le soin de manière globale ?
- C'est ce que je disais tout à l'heure, le soin pour moi c'est, évidemment, le diagnostic, la thérapeutique, mais c'est aussi une prise en charge humaine, une prise en charge de soutien tout simplement, une prise en charge sociale. Alors, c'est pareil, je suis peut-être un peu biaisée par le fait que je fasse du soin palliatif mais c'est un peu comme quand on parle de douleur globale, c'est-à-dire que la prise en charge sociale, spirituelle,

- culturelle, tous ces caractères-là et ça, je trouve que ça fait partie de notre soin [tape du tranchant de la main sur la table] de médecin envers un patient.
- *D'accord. Je vais te donner la définition de l'OMS, alors « les événements indésirables c'est un incident qui entraîne une atteinte pour le patient, atteinte découlant de ou associée à des projets formulés ou des mesures prises pendant que les soins ont été dispensés, et qui ne résulte pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacente. »*
 - Alors, comme d'habitude les définitions de l'OMS sont beaucoup mieux mais toujours imbitables... [rire]... Je dois dire que quand on arrive à comprendre ce qu'ils disent, en général, ça correspond bien... Là, c'est difficile, je trouve, de réussir à comprendre ce que veulent dire ces phrases mais en même temps, on a l'impression qu'en effet c'est plus global, et que ça englobe tout. Là, c'est beaucoup moins limitant, et que là, ça intègre cette prise en charge, cette prise en charge globale du patient quel que soit l'événement indésirable qui survient dans la consultation et qui va modifier notre prise en charge ; là, on l'a dans cette définition. Alors, que ce soit le ministère de la santé ou l'OMS, vraiment les événements indésirables c'est des choses qui sont entre guillemets de la responsabilité du médecin. Et moi, les exemples, la définition que je t'ai donnée au départ c'était très peu de la responsabilité du médecin, finalement... Je me rends compte que, c'est vrai, j'en ai oublié pas mal... [rire]...
 - *Alors je vais te donner une dernière définition, c'est la définition de ESPRIT, c'est une étude qui a été réalisée en ville en 2013 sur les événements indésirables en cabinet « un événement indésirable est un événement ou une circonstance associé au soin qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné une atteinte pour le patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau »*
 - Alors ça c'est bien, parce qu'ils intègrent le fait que ce ne se reproduise pas de nouveau mais par contre je trouve ça aussi limitant que la définition du ministère de la santé ; c'est encore là lié aux soins. Je trouve qu'il y a des événements indésirables qui ne sont pas liés aux soins et elle, elle l'oublie un peu, là. Mais c'est vrai, que quels que soient les trois définitions c'est vraiment des incidents dans la conduite de la consultation, des incidents, enfin des événements, qui sont vraiment du fait du médecin, je trouve. Moi je trouve qu'ils intègrent vachement ça dans leur définition des événements indésirables et pas des événements qui viennent de l'extérieur et qui vont modifier la consultation... Que ce soient les trois, ils ne l'intègrent pas du tout. Or, quand on vit ça en tant qu'étudiant en médecine au cabinet, on a des éléments qui viennent perturber et que nous, en plus, on n'a pas une grande expérience de la consultation, ça nous perturbe vite, et c'est des événements indésirables [rire]... Qui vont nous perturber dans notre fonctionnement qui est déjà, pas banal, mais fragile. Et, je trouve que c'est important, moi, ça, d'avoir cette notion-là de choses qui viennent de l'extérieur et qui viennent modifier notre démarche.
 - *D'accord*
 - Et du coup, qui vont influencer sur nos soins. Ça se recoupe à ce niveau- là, parce que ça va influencer dans nos soins et que ça ne vient pas que de nous entre guillemets...
 - *Je vais te lire des petites saynètes. Tu me diras pour chaque saynète ce que tu en penses ; si tu trouves qu'il y a un événement indésirable ou pas dans ; comment tu gères, alors, sur le plan médical si tu as envie, mais c'est plutôt la prise en charge globale ; et puis, est-ce que pour toi, tu penses que tu peux le faire, si tu peux avoir ce type de problème au cabinet et est-ce que tu penses que ça pourrait avoir une influence sur toi. [lecture de la première saynète « répondre au téléphone devant un patient »]*
 - Alors... là, il y a un événement indésirable. Je pense que je l'avais évoqué, quelque part, le coup de fil. Hummm... Ça peut arriver à tout le monde, malheureusement... Difficile de dire au patient de sortir parce que l'on a besoin de répondre au téléphone, difficile aussi de sortir au milieu de la consultation, difficile de dire à son collègue qu'on ne peut pas répondre parce que l'on a un autre patient devant soi... Mais il se pose la question du secret professionnel... C'est quand même délicat à gérer comme situation... Ça dépend un peu de la conformation du cabinet ; mais on peut toujours essayer de s'isoler le temps de répondre rapidement au téléphone, si on n'y arrive... et si on se souvient des antécédents de Mme, de la patiente qui est concernée, parce que si l'on a besoin de retrouver son dossier et qu'on a le patient qui reste devant soi et qu'on a l'ordinateur, on ne peut pas faire trop différemment. Je trouve que c'est des situations délicates, où malheureusement, il n'y a pas de solution idéale à apporter à ça...
 - *Est-ce que pour toi c'est grave, pas grave, moyen grave ?*
 - Alors, c'est pas grave mais c'est éthiquement difficile à gérer, je trouve. Éthiquement c'est problématique parce qu'il y a une rupture du secret médical manifeste, là. Je pense que... Je me dis que c'est problématique, mais je n'ai pas de solution à apporter... Humm, après est-ce que c'est grave ? Tout dépend des relations qu'il y a entre Mme A et M. B en face... Je ne sais pas quoi dire de plus...
 - *Comment tu gères vis-à-vis du patient qui en face de toi ? Ou vis-à-vis Mme A ?*
 - Je trouve que la seule option que l'on a pour gérer ça c'est de renvoyer M. B, enfin le patient qu'on a en face, de s'adresser à Mme A ou aux proches de Mme A si elle n'est pas en capacité de dire ce qu'elle souhaite... Mais, enfin, voilà lui dire qu'il n'aurait pas dû avoir ses informations- là, il les a eu parce que la situation a fait ça, mais que s'il désire, s'il souhaite aller voir Mme A parce qu'il la connaît bien et il faut qu'il s'adresse à Mme A directement... Je pense que dans ce cas- là, la franchise reste le seul moyen de dire les choses...
 - *Très bien est-ce que ça a un impact sur toi ?*
 - C'est un impact oui-non. Oui parce que c'est une situation qui arrive à tout le monde et qui est quand même déstabilisante et non parce que, malgré tout, je ne vois pas bien comment on peut faire différemment. Alors, quand on peut faire autrement et s'isoler de répondre au téléphone et qu'on se souvient super bien de la patiente et qu'on n'a pas besoin d'avoir le dossier sous les yeux, très bien ; quand on ne peut pas, et qu'on est obligé de répondre devant le dossier, on peut difficilement dire au patient qui en face « sortez, j'ai besoin de répondre au téléphone »... Là, je dirais que c'est presque un cas de force majeure. Ça me déstabilise mais ça ne me perturbe pas plus que ça parce que ça n'est pas de mon ressort presque... J'arrive à me déculpabiliser là- dessus...
 - *D'accord*
 - Voilà
 - *OK. Tu as d'autres choses à rajouter ?*
 - Non
 - *Alors, le deuxième [lecture de la deuxième saynète « chute au cabinet »]*
 - Hummm... Alors... Ça peut arriver à tout le monde. Alors comment gérer la situation ? Est-ce que c'est grave ? Oui, c'est grave pour la patiente parce que si elle ne peut pas se relever c'est quand même que... elle s'est fait mal. Donc, c'est quand même grave pour elle. Comme événement indésirable dans une consultation, c'est quand même grave parce que c'est quand même de notre responsabilité si les gens se pètent la gueule, tombent dans notre cabinet... Comment gérer ça ? Le truc c'est qu'il faut reprendre une nouvelle consultation, là... on n'a pas le choix, on peut pas y échapper mais là il faut réexaminer Mme, savoir si elle s'est cassée quelque chose, savoir si elle s'est fait mal et du coup reprendre la consultation de zéro... [Sourire] et consulter une patiente qui vient de tomber, ce qui va changer les choses. Est-ce que c'est grave ? Tout dépend de la gravité et des conséquences de la chute... Mais, ouais, a priori c'est quand même un événement indésirable qui est quand même assez important parce que c'est quand même de notre responsabilité pour le coup et que un coup de téléphone... Alors, après tout dépend aussi... Aucune situation n'est pareille parce que si c'est une patiente que l'on sait à risque de chuter, on se dit que si c'est un coup de téléphone important, ils rappelleront et donc on a peut-être envie d'aider la dame à descendre de la table pour éviter qu'elle tombe ; si c'est une patiente qui n'a aucun risque de chute et qui tombe, là pour le coup c'est quand même pas de bol... La gravité dépend un peu, je trouve, de si on peut se reprocher ou pas d'avoir laissé la patiente descendre toute seule de sa table d'examen... Comment gérer ? Reprendre la consultation de zéro, et consulter cette dame qui vient de tomber et qui vient de se faire mal...
 - *Est-ce que tu lui dis quelque chose de particulier ?*
 - On l'engueule [rire]... non...
 - [rire]

- Non évidemment... évidemment qu'on s'excuse, on s'excuse en lui disant que c'est pas non plus de notre faute, même si c'est pas vrai, il y a quand même un peu de notre faute. Ben, on la rassure et on lui dit qu'on va s'occuper d'elle et qu'on va faire en sorte que ça ait le moins de conséquences possibles sur elle. Et en même temps on ne doit pas oublier pourquoi elle est venue consulter à la base. On va intégrer cette chute, cet événement dans la consultation. A priori s'il n'y a rien de grave dans cette chute, ça sera un événement indésirable facilement gérable ; si la chute entraîne une fracture du col, par exemple, là ça devient beaucoup plus compliqué et la prise en charge n'est pas la même. C'est une situation qui peut être tellement diverse que c'est un peu difficile de répondre de façon uniforme.
- *Est-ce que cela a une incidence sur toi ?*
- Oui [sourire] parce que cela nous oblige à prendre en charge une patiente qui vient de tomber [rire], de reprendre en charge de zéro la patiente. Ça a une incidence parce qu'on se remet en cause en se demandant si on aurait pu éviter qu'elle tombe, en essayant de penser comment est-ce qu'on peut s'arranger pour que la prochaine fois la patiente ne tombe pas. Ouais, ça a une incidence, je trouve, plus importante que la situation précédente.
- *Et est-ce que tu vois des éléments à mettre en place pour éviter que ça revienne ?*
- Que des patients jeunes...
- *Que des patients jeunes... [rire]*
- [rire] Les éléments à mettre en place ? Humm... Bah, difficile d'aménager un cabinet avec des rampes et des trucs comme ça pour que les gens descendent plus facilement... La première chose à mettre en place c'est de s'arranger pour ne pas répondre au téléphone quand on a quelqu'un qui en train de se mettre en danger parce que les coups de téléphone c'est quand même... Ne pas se précipiter sur le téléphone, laisser sonner 3-4 fois ça n'a jamais tué personne... Prendre le temps de s'assurer que la personne... Ou ne serait-ce que de dire à la personne « attendez, rester sur la table, je vais vous aider à descendre. Je réponds et je vous aide à descendre ». On peut quand même limiter le risque. Et je pense, que comme tout être humain il faut que ça se soit passé une fois et que l'on ait une patiente qui a chuté une fois pour se rendre compte que l'on peut limiter le risque. Moi, personnellement, ça ne m'est jamais arrivé de voir des patients chuter, glisser oui, mais pas chuter, heureusement... Voilà, c'est tout ce que j'ai à dire...
- **OK. [lecture de la troisième saynète « erreur de clic »]**
- Alors, là c'est très simple il faut arrêter de prescrire des myorelaxants [rire]...
- [rire] C'est un anti- inflammatoire, le Surgam...
- Le Surgam, ah oui pardon... mais ça... [rire]... Oui, bon, d'accord. Il faut arrêter de prescrire des anti- inflammatoires, d'ailleurs, pour les lombagos. Ça n'a pas montré, non plus, énormément d'intérêts. Hein, d'accord ? [rire] Alors, là pour le coup, cette erreur n'est pas très grave parce que prescrire un progestatif à un homme de 50 ans, ça ne va pas lui entraîner beaucoup d'effets secondaires... Moins que les AINS... [Sourire] Non, je plaisante mais... On a tous fait des erreurs, le plus simple c'est de prescrire en DCI, ça permet de limiter le risque. Prescrire moins de médicaments ça permet de limiter le risque aussi. Et puis, je pense, que malgré toute l'attention que l'on peut porter à nos ordonnances, on n'est jamais à l'abri de faire une erreur. Heureusement qu'il y a les pharmaciens derrière qui sont là pour vérifier nos ordonnances... C'est aussi un peu leur rôle, quand même. Est- ce que c'est grave ? Là, en l'occurrence, dans cette situation- là, non ; ça peut être grave quand on se plante, et qu'on prescrit un AINS à un patient avec un ulcère gastrique, par exemple... Ou que l'on prescrit un médicament qui abaisse le seuil épileptogène à un patient épileptique... C'est quand même très très chiant, mais... Déjà, il y a la vigilance du pharmacien pour veiller au grain entre guillemets, et puis, malgré toute l'attention que l'on peut prêter aux médicaments que l'on prescrit on n'est pas à l'abri d'une erreur, malheureusement. Quand on a conscience, et qu'on est capable de reconnaître ses erreurs... Comment moi je réagis? C'est que je rappellerais le patient déjà, pour lui expliquer, pour m'excuser tout simplement, pour être honnête avec lui et puis pour lui dire que ce qu'on lui a prescrit c'était pas dangereux [sourire]), pour minimiser un peu les choses ; alors, minimiser ça ne veut pas dire se déculpabiliser vis à vis du patient mais, heu disons que ouais... Alors, voilà, qu'est- ce que cela entraîne ? Une vigilance accrue sur nos prescriptions les jours qui suivent et puis finalement, on arrive à un autre jour où on est crevé en fin de journée, on n'a pas utilisé toute l'attention qu'on peut, on est toujours pas à l'abri de refaire une erreur... C'est toujours mieux d'essayer de limiter : voilà, les petits mécanismes de... ben, on a quand même les outils informatiques qui permettent aussi de réduire une certaine part de nos erreurs médicales ; ils sont capables de nous faire des petits tilts en rouge quand il y a des médicaments incompatibles avec les pathologies des gens. Et puis on a de relire l'ordonnance une fois qu'elle est imprimée, c'est toujours pas mal. Et heu... Si, il y a quelque chose qui est assez efficace pour réduire ce genre de choses, c'est de relire l'ordonnance avec le patient pour lui expliquer ce qu'on lui prescrit. Ça, ça évite de faire des conneries. Sauf qu'à 19h30 quand on est crevé et qu'on encore 10 urgences dans la salle d'attente et qu'on envie de rentrer chez soi, c'est pas toujours évident d'expliquer l'ordonnance au patient. Mais peut-être, qu'en s'astreignant à prendre 30 secondes pour faire ça, ça permet d'éviter l'appel du pharmacien et de passer cinq minutes au téléphone à s'excuser avec le patient...
- *Je ne sais plus si tu m'as dit si c'est grave ou pas grave, excuse- moi...*
- Si, je disais, en l'occurrence cette erreur- là n'est pas grave mais que parfois c'est grave...
- *Tout à fait, excuse- moi... Ça y est... Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non, pas sur ça.
- **[lecture de la quatrième saynète « le vaccin »]**
- Ça c'est du vécu, ça. Pas du vécu perso, mais du vécu de mes Prat... [rire]... Donc je sais que c'est possible... Déjà, maintenant le ROR, c'est un an. Mais heu... Ça arrive, ça pour le coup, c'est quelque chose d'assez simple à gérer, je trouve. Quand il y a quatre mômes qui sont en train de hurler dans le cabinet, que la mère est dépassée, et qu'il faut arriver à rester maître de la consultation et à réaliser le vaccin dans de bonnes conditions pour éviter de piquer au mauvais endroit... Ça arrive de ne pas reconstituer le vaccin. Ce n'est pas grave d'injecter que l'adjuvant, à priori : si on peut l'injecter avec le vaccin c'est qu'on peut l'injecter sans... Humm... Le plus simple c'est de refaire une ordonnance, et de dire à la maman de revenir pour faire le vaccin dans une semaine, ou dans quelques jours, voilà. Après, chacun est libre de dire de revenir et qu'on ne fera pas payer la consulte, par exemple, ou que celle- là on ne la fait pas payer, ou on fait payer les deux en se disant que c'est la sécu qui va payer... Mais là, c'est peut- être un peu cavalier... C'est pas un événement indésirable très grave pour moi. Alors, ça peut entamer la confiance que les parents ont envers le médecin parce qu'il a fait une bêtise. Enfin, c'est quand même facile à gérer et ça n'entame absolument pas la confiance, parce que tout le monde a le droit de faire des conneries et que c'est pas grave comme bêtise...
- *Ça a une incidence sur toi ?*
- Très peu. Celle- là non... Ça a une incidence, parce que ça m'oblige à refaire une consultation et à faire une petite pirouette entre guillemets pour restaurer la confiance de la mère envers moi, mais c'est un exercice de style presque, je dirais... Ça a un peu d'incidence pour moi, pas trop... Pas ça...
- *C'est- à- dire un exercice de style ?*
- Ben, de, voilà... C'est un entraînement pour réussir à restaurer la confiance de la maman. On a fait une erreur, et on va rattraper cette erreur. C'est plus facile quand c'est une erreur qui n'entraîne aucune conséquence que lorsque c'est une erreur qui entraîne conséquences... C'est marrant [sourire]... Je ne sais pas si ça rentre dans le cadre de ton...
- *Vas- y dis moi...*
- Aujourd'hui, aujourd'hui [sourire], j'ai... Enfin, ça fait plusieurs fois que je dis à la famille d'un patient que l'état du patient est lié à des métastases cérébrales... Que M. n'a pas... [rire]... Voilà... Et j'ai relu le dossier, parce que la famille m'a dit « c'est marrant, parce que son oncologue nous a dit qu'il n'avait rien au cerveau »... Ah, ouais, ah, dis donc, c'est marrant ça... Et donc il n'a rien au cerveau [rire]... Et donc, c'était tout un exercice de style pour que la confiance reste, voilà, pour qu'ils restent avec une confiance envers les médecins du service... Je me suis excusé d'avoir dit des bêtises, j'ai expliqué que M. avait une atteinte hépatique, et que cela avait des répercussions sur le fonctionnement cérébral et voilà, que

c'était ça qui m'avait induit en erreur. Mais oui, c'est un exercice de style, pas très agréable à faire, mais qui n'est pas très perturbant finalement. Voilà... C'est un événement indésirable pendant une consultation, pas au cabinet de ville, mais bon...

- *Pas grave, ça marche quand même... [lecture de la cinquième saynète « le vaccin bis »]*

- Il n'y a pas l'hépatite B ? Pardon... [rire]... Excuse- moi...

- [rire] *C'est pour que ça reste... C'est pour qu'il n'y pas de mouvements de foule vis-à-vis de l'hépatite B... C'est pas le but...*

- Pardon... Alors, quelle est cette certaine quantité de vaccin... Toute la question réside dans la quantité de vaccin qui sort... Non, objectivement, je n'ai jamais réussi à faire de vaccins sans qu'une fraction du vaccin ressorte par la peau [sourire]. Je mets au défi quiconque de réussir à injecter la totalité stricto-sensu de tous les vaccins qu'il a fait à tous les enfants qu'il a vaccinés. Je pense que ce n'est pas possible. Alors, c'est marrant, parce que pendant que j'étais chez les praticiens, j'avais une interne qui faisait une étude sur la prévention de la douleur vaccinale, et donc, elle listait toutes les choses qui pouvaient être mises en place pendant la vaccination pour limiter la douleur, et je trouve que ça marche aussi pour si l'enfant bouge ou pas. Alors, déjà prévention de la douleur, ça évite que les enfants bougent, qu'ils aient moins mal quand même. Il y a la distraction, enfin, tout ce qui peut être mis en place ; ça limite nettement le fait que les enfants bougent pendant le vaccin, donc ça limite le risque que cet événement se produise et qu'une certaine quantité du vaccin ressorte parce que l'enfant a bougé. Est- ce que c'est perturbant de voir une quantité de vaccin... Ça dépend si la maman l'a vu ou pas... Très con, mais... Si la maman l'a vue, il ne faut pas le cacher, ça c'est le pire. Il faut dire « oui, il y a une petite... » si on voit que la maman regarde ça et se dit « mais il a raté le vaccin, il en a foutu partout ». Il faut lui expliquer que voilà, c'est pas grave, que le principe actif est passé que c'est le plus important, et voilà. Et qu'il n'y a pas besoin d'avoir tout le vaccin dans la cuisse pour que la couverture vaccinale se fasse... Tout dépend de la relation que l'on a avec les patients que l'on prend en charge... Quand les gens ont confiance en nous, on arrive à garder... C'est à ça que ça sert, finalement, la confiance qu'on construit, l'interaction et la relation médecin-malade, et cette confiance qui s'instaure entre le patient et son médecin, c'est à ça que ça sert, c'est qu'on peut s'appuyer là-dessus pour les événements indésirables qui ne sont indésirables que pour les patients, finalement, parce que d'un point de vue médical on s'en fout... Moi, ça ne me perturbe pas trop ce genre de choses...

- *Et si elle ne le voit pas ?*

- Oh, bah si elle ne le voit pas, on essaie rapidement ce qui coule et basta. Évidemment si c'est la totalité du vaccin qui sort et il n'y a rien qui rentre dans la cuisse du patient, là, on dit « il a bougé, on va le refaire ». Mais si c'est une fraction négligeable du vaccin, on essaie rapidement et on peut le cacher à la maman, bien sûr, ça ne pose pas de problème... Si c'est les trois quarts du vaccin ou la totalité du vaccin, là il faut évidemment dire à la maman que son enfant a bougé et refaire le vaccin. Mais tout ça c'est dans l'optique de garder une confiance, c'est important... C'est pas grave... Pour moi c'est pas un événement indésirable grave... Est- ce que j'oublie quelque chose ?

- *Non... Tu as d'autres choses à rajouter ?*

- *Non... Si, il faut faire l'hépatite B... [rire]*

- [rire] *Je ne l'ai pas mis exprès, pour éviter que quelqu'un me dise « oui mais moi je suis contre l'hépatite B »... [rire]... [lecture de la sixième saynète « problème de compréhension »]*

- C'est notre boulot, de s'assurer que nos patients ont compris. Enfin, à mon sens, c'est notre boulot de s'assurer que nos patients ont vraiment compris ce qu'on leur disait... C'est- à- dire qu'un patient où on suspecte une pathologie grave, une ostéite c'est grave... Donc, quand on suspecte une pathologie grave, il faut s'assurer que nos patients sont bien pris en charge... Pas « on a bien fait le boulot, on l'a envoyé aux urgences », ça ne suffit pas. Pour moi c'est pas du bon soin de laisser les patients... Parce qu'il ne suffit pas de s'assurer que « oui, oui, je vais aller aux urgences », non, ça n'est pas notre boulot de s'assurer juste de ça. Notre boulot c'est de s'assurer qu'ils sont bien pris en charge... Alors, peut- être pas en arriver à commander une ambulance pour emmener le patient aux urgences, mais appeler le patient, peut- être, 2h00 après pour s'assurer qu'il est bien aux urgences, et s'il n'est pas aux urgences lui dire « mais, il faut y aller maintenant ». Je pense que ça, ça fait partie de notre job... C'est comme ça que moi, je gérais la situation... C'est grave, je trouve que c'est grave, d'avoir mis en péril le pied de M. parce qu'on a un peu pris la consultation sous le coude, je trouve... C'est marrant, c'est la première fois dans les événements que tu me proposes que je réagis comme ça... Mais là, là pour le coup, cette situation-là je ne l'aurais pas laissé passer comme ça... Voilà... Au moins le lendemain, on s'enquiert de la situation... Et même le lendemain c'est presque trop tard... Il ne me viendrait pas à l'esprit d'envoyer un gamin aux urgences et de ne pas s'enquérir qu'il est bien arrivé là-bas, alors je ne vois pas pourquoi un patient malien qui ne comprend pas bien le français mais qui est adulte, l'excuse de majorité, je trouve qu'elle n'est pas valable... C'est notre boulot de prendre soin de nos patients, c'est notre boulot de s'assurer que nos patients sont bien pris en charge... Et ça c'est grave, je trouve...

- *Ça a une incidence sur toi ?*

- Ouais, parce que déjà je ne l'aurais pas laissé passer comme ça [tape du poing sur la table] et si je revoyais le patient deux jours après et que j'étais passé à côté de ça, je m'en voudrais beaucoup, je me remettrais beaucoup en question. Et ça aurait un vrai impact sur moi, je me dirais que j'ai mal fait mon boulot... Et je déteste avoir mal fait mon boulot... Ouais, ça aurait un vrai impact sur moi...

- *Est- ce que tu vois des choses à mettre en place pour éviter que ça arrive ? Alors, à part le fait de gérer différemment... Imaginons que ce n'est pas aussi grave que ça en a l'air, et qu'il revient deux jours après et que vraiment ça a empiré et tu lui avais dit de te retéléphoner dans la journée si ça empirait...*

- Déjà en l'occurrence, il est malien, et il est en France depuis pas très longtemps... On ne demande pas aux patients de rappeler, on le fait soi-même... Tout dépend du niveau de cortication du patient... Même, je trouve que ça fait partie du suivi de nos patients... Tout dépend aussi de la gravité des choses. Quand ça a vraiment pas l'air grave, cliniquement on a rien à se mettre sous la dent, on ne peut pas se reprocher quoi que ce soit parce que les choses évoluent comme elles évoluent et on ne peut pas téléphoner à tous nos patients tous les jours pour savoir comment évoluent leurs toux, ou leurs pieds... Des choses à mettre en place pour éviter ça, je ne vois pas bien... Humm, moi je trouve qu'un patient qui est limité intellectuellement, même si ça peut être pris un peu péjorativement, il faut faire une partie du boulot à sa place... Parce que ce n'est pas parce qu'ils sont limités intellectuellement qu'ils ont plus le droit d'être malades que les autres... On prend en charge tous nos patients de la même façon. Ça veut dire que les patients qui sont limités intellectuellement, il faut que ce soit nous qui prenons le relais par rapport à ça. C'est ça aussi de prendre en charge le patient tous de la même façon. Ça fait partie de nos missions... Et je ne vois pas d'autres mécanismes à mettre en place pour éviter ce genre de choses...

- *OK [lecture de la septième saynète « visite à domicile »]*

- Classique. Classique... Je dirai c'est le gros problème des visites à domicile et des dossiers informatisés... Alors, dans l'idéal, il faut préparer les visites à domicile. Alors, il y a deux choses : quand les dossiers sont informatisés et qu'on ne peut pas emmener le dossier du patient à domicile, le plus simple c'est de préparer, de préférer une ordonnance avec les médicaments, éventuellement les médicaments qui ont été changés par les confrères pour avoir une base... En sachant qu'évidemment on va modifier les choses si on voit qu'à la maison il y a besoin de changer les choses... Quand il y a une visite à domicile et qu'on ne peut pas apporter le dossier, il faut réussir à préparer un minimum ces visites... C'est le B.A.B.A, je trouve... Même si c'est pas toujours évident... Et puis, quand on a pas de dossier informatisé, et qu'on a encore un dossier papier, et bien, il faut savoir lire son dossier [sourire]... Ça, c'est un événement indésirable qui peut être évité par un peu de rigueur dans la tenue de son dossier médical...

- *Ça sous-entend que tu remplis le dossier informatisé après la visite à domicile...*

- Ouais, les patients que l'on voit uniquement à domicile, c'est compliqué, ça nécessite, en effet, de remplir le dossier. C'est pour ça, il faut faire le forçing pour que de temps en temps, même les patients qui sont cloîtrés à domicile on puisse les voir à notre cabinet. Non, c'est compliqué... C'est vrai que les patients que l'on voit que à domicile, du coup, on a très peu de dossier médical parce que quand on est obligé d'écrire et qu'on ne le fait pas... Mais, c'est pareil, ça nécessite un peu de rigueur dans le suivi des patients mêmes ceux qui ne peuvent pas se déplacer. Là, en

l'occurrence, c'est pas grave parce qu'il y a la fille qui veille au grain, mais c'est pas toujours le cas, il y a des patients isolés et quand on fait des conneries comme ça, ça peut entraîner des conséquences pour le patient, ça peut être... C'est un événement indésirable qui est quand même grave. C'est une erreur de prescription... Comme toutes les erreurs de prescription, ça peut être grave... Et ouais, ça aurait un impact sur moi, parce que cela voudrait dire que j'ai mal fait mon boulot et, comme je le disais, je n'aime pas mal faire mon boulot... C'est du même ordre que celui d'avant... Là, c'est un manque de rigueur et un manque de... On a pas fait du bon soin... Je trouve que lorsqu'on ne fait pas du bon soin, on peut s'en vouloir... Même si on a toutes les excuses de la terre, c'est pas un problème... On peut avoir des raisons pour faire des conneries, mais ça ne veut pas dire que c'est plus agréable pour autant. On a besoin d'avoir une certaine rigueur dans le dossier de suivi des patients, pour éviter de faire des erreurs de ce type parce que ce ne sont pas des choses qui sont admissibles... D'injecter l'adjuvant et pas le vaccin, je trouve que c'est admissible. Ça, c'est pas admissible de mettre en danger la vie du patient, parce que là en l'occurrence c'est pas le cas mais ça pourrait... un patient dont le cardiologue l'a mis sous Lasilix pour un début d'OAP et qu'on renouvelle l'ordonnance et qu'on ne met pas le Lasilix et que du coup le patient arrête de prendre son Lasilix, qu'il fait l'OAP et qu'il meurt... C'est pas très confortable pour le médecin... Ça, c'est juste un manque de rigueur. Voilà. Je crois que j'ai tout dit sur celui-là.

- Je passe au suivant ?

- Humm...

- [lecture de la huitième saynète « examens complémentaires non lus »]. Tu n'as pas revu la patiente dans la semaine...

- Hum Hum... Où est-elle ? Du coup, c'est qu'on n'a pas regardé les résultats biologiques qu'on nous avait faxés, c'est ça ?

- Hum...

- Hum, hum... Du coup, sur la boîte électronique on se retrouve une semaine après avec un patient... Bah, encore une fois c'est une erreur médicale de ne pas avoir, de ne pas s'être enquêré des résultats biologiques pour une pathologie qui peut être grave, même si là, il n'y avait pas vraiment d'éléments de gravité... En même temps, K était accompagnée de son père, là... Alors, ça dépend un peu du niveau des parents, quand... Alors, toujours pareil, quand l'enfant et les parents de l'enfant ont un niveau socio-intellectuel qui laisse penser qu'ils vont s'inquiéter de l'état de l'enfant, on peut se permettre, éventuellement, de laisser passer un petit bout de temps et laisser les gens rappeler, mais quand ce n'est pas le cas, il faut faire le boulot à leur place, et... Je trouve que quelque part, cette situation ça reste dans un coin de la tête et laisser passer toute une semaine sans voir un enfant de 12 ans chez qui on suspecte une hyperthyroïdie, c'est quand même inquiétant dans la pratique d'un médecin de faire ça. Donc, pareil que les deux d'avant, je trouve qu'il y a une erreur de la part du médecin. Moi, si je faisais ça, ça me poserait question et que je me dirais que je n'ai toujours pas fait du bon soin. Et que c'est grave comme chose de ne pas suivre ces patients, de ne pas effectuer le suivi et de compter sur les patients... de se dire « on leur a dit de revenir, et ils ne reviennent pas, c'est de leur responsabilité » ce n'est pas vrai. C'est pas vrai, moi, je trouve que les patients si on leur dit de revenir et qu'ils ne reviennent pas, et bah, il faut les relancer et c'est notre job de s'assurer que les patients sont bien pris en charge. Les patients, ils nous font confiance pour qu'on les prenne en charge complètement. Parfois il y a besoin d'avoir ce comportement un peu paternaliste, mais ça fait partie de notre job, de notre boulot... Parfois il y a besoin de les autonomiser, mais ça veut pas dire de les mettre en danger, donc voilà... Donc, il faut lire les examens complémentaires... Des examens complémentaires non lus c'est pas bien... Voilà...

- Quand tu dis « ça aurait un impact, je n'aime pas faire mal mon travail. » Ça aurait quel impact ? C'est-à-dire est-ce que... Tu m'as dit tout à l'heure que tu te remettrais en question... Est-ce que du coup ça serait une grosse remise en question ?

- Ouais. Ça dépend de la gravité de ce que j'ai laissé passer. Euh, ouais, une erreur médicale où j'aurais un patient qui décéderait, je pense, sincèrement, que je me poserais des questions sur ma capacité à exercer le métier...

- Ah, oui, c'est une grande remise en question professionnelle... Profonde...

- Oui

- D'accord

- Ouais, parce que je trouve qu'on fait tous des erreurs, on a le droit entre guillemets de faire des erreurs mais, c'était à nous aussi de nous accorder un certain type d'erreur entre guillemets... Et moi, je ne m'accorde pas le droit de mettre la vie des patients en danger...

- D'accord. Tu as d'autres choses à rajouter ?

- Moi, je ne ferai que la TSH... [sourire]

- [rire]... [lecture de la neuvième saynète « interactions médicamenteuses »]

- Oui. Là, l'erreur entre guillemets c'est de ne pas avoir prévenu la patiente que ça pouvait arriver... Déficit d'information du patient... C'est à la fois grave, et pas grave c'est-à-dire qu'on ne peut pas prévenir le patient de tous les effets secondaires de tous leurs traitements, de tous les effets secondaires possibles et inimaginables. Et en même temps, on sait que l'activité des sulfamides est accentuée par les antifongiques, et donc on aurait pu prévenir la patiente qu'elle allait faire, peut-être, un peu plus d'hypo et qu'à ce moment-là il fallait qu'elle revienne nous voir. Après, on n'est pas des Vidal, on n'a pas forcément toutes les interactions en tête. Pour le coup on a des magnifiques outils informatiques qui sont capables de nous faire «poup, poup, poup, attention interactions ». C'est quand même un apport non négligeable au cabinet... Parce que l'on est censé, mais on n'est pas capable de connaître toutes les interactions et tous les risques d'interaction entre les médicaments... C'est vrai, qu'il y en a quand même qu'on sait. On sait quand même qu'il y a beaucoup de médicaments qui interagissent avec les AVK, et on fait attention ; on sait qu'il y a beaucoup de médicaments qui interagissent avec les médicaments du diabète, et normalement, on fait aussi un peu attention avec ça. Après, si Mme avait vraiment une mycose œsophagienne et que cliniquement on en était convaincu, on a eu raison de lui mettre un traitement antifongique. Madame est diabétique, donc on a eu raison de lui mettre un traitement antidiabétique. La problématique, elle est dans le déficit d'information de la patiente. Comment gérer ça ? Alors, comment éviter ça ? C'est bien évidemment de faire attention à ce que l'on prescrit et aux interactions que cela peut avoir... Si on est extrêmement professionnelle on peut regarder dans le Vidal toutes les interactions et faire attention à ça, ça prend un temps fou... Mais là, pour le coup, je dirais que c'est pas forcément de ne pas faire du bon soin que de ne pas avoir toutes ces notions-là en tête... Mais l'interaction on sait que ça existe, au minimum il faut prévenir les patients qu'il peut y avoir des interactions, qu'on a rajouté un traitement. Et que donc, si jamais il y a un problème qui se passe, il faut nous prévenir, il faut nous rappeler.

- Et comment tu gères vis-à-vis de cette patiente particulièrement ?

- Il faut lui dire que, oui c'est un effet secondaire qui peut se voir, que c'est des choses qui peuvent se voir mais que c'est quand même de bons traitements, qu'il faut juste adapter. Il faut reconnaître que, on n'a pas fait une erreur, mais il faut faire en sorte que le patient ait l'impression qu'on était au courant, qu'on lui a pas dit parce que voilà... Mais que c'est pas si grave que ça. Il ne faut pas leur cacher des choses, mais il faut leur... Si on leur présentait les médicaments en présentant tous les effets indésirables, personne ne voudrait les prendre. Donc évidemment, on présente les médicaments pour leur effet bénéfique, c'est pour ça qu'on les prescrit. Et c'est par ce biais là qu'on arrive à s'en sortir. Quand même, on a réussi à traiter une infection œsophagienne, elle a moins mal, son œsophage va mieux... Oui, elle a eu des effets secondaires, mais tous les médicaments ont des effets secondaires et on peut les gérer.

- Ça a un impact sur toi ?

- Ça a un impact, oui et non. Oui parce que je n'ai pas prévenu la patiente que ça pouvait arriver, ça c'est pas bien. Un impact qui est moindre parce que comme je disais je n'ai pas l'impression de faire du mauvais soin, donc ça a un impact qui est limité. Et ça n'a pas d'impact sur Mme parce qu'elle a fait des petits malaises hypo... Ça aurait pu la mettre en danger, mais ça ne l'a pas mis en danger. Et qu'elle aurait pu faire des malaises hypo sans notre traitement... [Tape sur ses cuisses] ça a moins d'impact sur moi.

- Je passe au suivant ?

- Hummm... Ça a moins d'impact sur moi parce que ce n'est pas un manque de rigueur dans ma pratique c'est parce que je sais que je ne peux pas tout savoir sur tous les médicaments que je prescris. Ça je le sais, et ça, malheureusement c'est quelque chose que je... En dehors des outils

informatiques dont on dispose maintenant, et qui sont quand même bien intéressants, on peut difficilement, on ne peut pas faire disparaître entièrement le risque d'avoir des interactions et de ne pas maîtriser les interactions... Même avec de la rigueur, ça c'est quelque chose qui... Contrairement à d'autres erreurs qui, avec un minimum de rigueur, on peut les faire nettement diminués. Là, c'est difficile...

- Tu as d'autres choses à rajouter ?

- Non ça va.

- [lecture de la dixième saynète « allergie médicamenteuse »]

- Humm... Alors, il y a... Il y a plusieurs cas de figure je trouve : soit en fait c'est le pharmacien qui a fumé et qui a inventé une allergie à la patiente, premier cas de figure qui est quand même assez rare ; soit on n'était pas au courant de l'allergie, et quand on n'est pas au courant de l'allergie, on a beau faire tout ce qu'on veut, en dehors de demander à la patiente si elle est allergique, si elle nous dit « oh, je ne sais pas », bah on ne peut pas faire autrement. La première chose, là en l'occurrence, c'est est-ce que le médecin a demandé à la patiente qu'elle est allergique ou pas. Parce que si la patiente dit qu'elle est allergique à l'amoxicilline et qu'on lui prescrit du Clamoxyl et qu'elle ne sait pas que le Clamoxyl c'est de l'amoxicilline, elle ne va pas nous dire « Ah, je suis allergique à ça! ». Parce que c'est pas ce qu'on lui... Donc il faut lui demander s'il a des allergies, des allergies en particulier la pénicilline... Après, c'est délicat quand on connaît une patiente depuis longtemps et que c'est passé inaperçu, et que la patiente ne nous a pas dit qu'à un moment donné elle était allergique à l'amoxicilline, que s'est passé inaperçu... on ne va pas demander à tous nos patients, à toutes les consultations « et, au fait, depuis le temps est-ce que vous avez fait des allergies ? »... Ce n'est pas envisageable de faire ça. Donc, c'est difficile de limiter le risque si jamais on n'a pas eu l'info... C'est difficile de limiter le risque, je trouve. Ensuite, l'autre question c'est qui a posé ce diagnostic d'allergie à l'amoxicilline. Est-ce qu'on est sûr ? Est-ce qu'on a fait des tests ? Est-ce qu'on a fait des tests de réintroduction ? Est-ce que c'est un urticaire géant, ça veut dire trois boutons ? Est-ce que c'est un vrai urticaire géant ? Est-ce qu'il y avait un petit œdème de Quincke ? Voilà, des choses comme ça... Des éléments de gravité de l'allergie, parce que les allergies à l'Augmentin qui donnent la diarrhée, il y en a beaucoup et on peut quand même se permettre de donner de l'Augmentin quand il en a besoin, quitte à avoir la diarrhée quand même. Donc cette notion d'allergie, elle est quand même vague. Donc, il faut réussir à préciser ça, en sachant que dans le temps imparti d'une consultation de médecine générale, c'est quand même pas facile, surtout quand c'est en dehors de la consultation, passer 2 heures à éplucher au téléphone le dossier de la dame pour retrouver... Ça prend beaucoup de temps. Donc, dans le bénéfice du doute, on va se dire « on va prescrire autre chose et on verra plus tard ». Et finalement il reste cette notion d'allergie à l'amoxicilline qui reste dans un coin et qui va empêcher Mme de bénéficier de toutes les pénicillines parce que quand on est allergique à l'amoxicilline, globalement, on ne met pas non plus de C3G, on a peur... Donc ça limite quand même beaucoup les possibilités de traitement de Mme pour une notion qui est liée au pharmacien et dont on n'a pas plus d'infos... C'est toujours délicat, je trouve. Ça c'est un vrai problème, je trouve... Les notions d'allergie un peu obscure comme ça... Alors, après, Mme elle peut revenir en disant « si, si, j'ai fait ça. J'ai fait machin. Regardez c'est dans le compte-rendu. »... Là, ça clarifie les choses. Mais, quand on n'a pas ça, dans le bénéfice du doute, on élimine toute une classe thérapeutique peut-être à tort. Et je trouve, que la moins mauvaise manière de gérer cette situation c'est d'éliminer la classe thérapeutique, peut-être, à tort. La meilleure, c'est de passer 15 heures au téléphone pour réussir à préciser les choses et avoir un vrai diagnostic d'allergie à l'amoxicilline. Mais c'est pas toujours réalisable.

- Là, tu gères comment vis-à-vis de la patiente ?

- Vis-à-vis de la patiente ? Ben, heu, honnêtement... Là, pour le coup, en toute transparence. Que nous, on n'avait pas eu l'info, qu'on avait vu ça apparaître nulle part, on n'était pas au courant, quand on lui a demandé si elle était allergique elle nous a toujours dit « non », donc voilà... Que c'est le pharmacien qui nous a informé de ça... Enfin, je trouve que là pour le coup, de l'informer honnêtement, clairement, c'est ce qui marche le mieux et les patients, ils ne sont pas stupides, ils comprennent...

- Ça te paraît...

- Alors, c'est pas grave... Pour moi, c'est pas grave... Ça peut être grave pour la patiente, si elle a pris l'amoxicilline, qu'elle fait l'œdème et qu'elle est conduite aux urgences en asphyxie, c'est grave... Mais pour le médecin, c'est pas grave, parce qu'il ne peut pas inventer une info... Alors, tout dépend s'il a posé la question ou pas... S'il n'a pas posé la question, on peut considérer qu'il a fait une petite erreur... Mais même s'il n'a pas posé la question, on ne peut pas poser des questions à tous nos patients à toutes les consultations « est-ce que vous êtes allergique à tel ou tel traitement ? »... Mais ça peut être considéré comme une faute de ne pas avoir posé la question. Pour moi, c'est pas grave, parce que comme je le disais on ne peut pas poser la question à tous nos patients à chaque fois qu'on prescrit un médicament « est-ce que vous avez été allergiques à tel médicament ? Alors sinon la DCI c'est ça. Et puis c'est possible qu'il existe sous ce nom-là, sous ce nom-là, sous ce nom-là, non, ça ne vous dit rien ? ». C'est juste pas possible, surtout quand on prescrit 15 médicaments différents au patient. Donc, voilà... Alors, pour limiter le risque on peut poser des questions sur les médicaments les plus fréquemment responsables d'allergie, et les pénicillines... On se dit que les pénicillines, oui, on va poser la question au patient avant de prescrire une pénicilline « est-ce que vous êtes allergique ? ». Mais là, c'est le cas particulier des pénicillines, parce que c'est un gros pourvoyeur d'allergie... Comme à l'iode... L'iode, les pénicillines, on va poser la question. Mais il y a beaucoup de médicaments où il y a quand même des allergies qui existent, mais qui sont rares, et là, on va à priori pas poser la question. C'est aux patients de savoir s'ils sont allergiques à ces médicaments... Si on n'a pas l'info, on n'a pas l'info... Voilà...

- Tu as d'autres choses à rajouter ?

- Non.

- Je passe au suivant ?

- Hum, hum

- [lecture de la onzième saynète « consultation par téléphone »]

- Hum, hum... Alors, pour le coup ça c'est du vécu... Moi, je n'ai pas connu ça au téléphone... Quand j'étais aux urgences ped, un des gamins qu'on avait vu le matin, qui avait la gastro, un début de gastro et qui avait un début de déshydratation, qui était encore en forme et qui ne nécessitait pas d'être hospitalisé à ce moment-là. Donc on l'a laissé rentrer à la maison, que j'AI laissé rentrer à la maison. Et ils reviennent le soir... voilà, il était peut-être 8h00 et ils reviennent le soir à 20h00 avec un gamin cerné, déshydraté, avec un début de pli cutané... Ça va tellement vite que... Et, déjà une consultation au téléphone c'est jamais évident, c'est jamais une bonne idée, surtout chez un gamin où ça peut aller à cette vitesse-là... J'en ai, ouais... Ouais, il y a plein d'urgence mais... Ça vaut parfois le coup... Et en même temps, est-ce que le médecin a quelque chose à se reprocher ? Il aurait pu voir le gamin à ce moment-là et dire que pour l'instant ça va, parce que c'est comme ça que ça marche... « Pour l'instant ça va et il faut le surveiller et revenez demain ». Finalement, est-ce que c'est un événement indésirable, ou est-ce que c'est comme ça qu'il faut faire ? Moi, j'aurais tendance à dire que c'est comme ça qu'il faut faire... Peut-être qu'il aurait dû l'examiner le soir mais peut-être que ça n'aurait rien changé finalement... Pour moi, on peut lui reprocher de ne pas avoir vu le gamin, de ne pas avoir traité l'anxiété de la mère, de ne pas avoir examiné l'enfant... Et en fin de compte, je ne suis pas sûr que ça aurait changé la prise en charge de cet enfant... Mais ça aurait pu la changer... Donc, c'est des décisions à prendre très rapidement par téléphone, avec très peu d'éléments... La facilité c'est de dire d'aller aux urgences... Moi, si ça m'était arrivé, je pense que j'aurais pu réagir facilement comme le médecin qui a fait ce qu'il a fait là, et je n'aurais pas eu l'impression d'avoir fait du mauvais soin en lui disant de revenir le lendemain parce que voilà, on a assuré un suivi, on a encadré quand même les choses, on a mis des limites [tapote la table], on a permis quand même de rassurer la maman, on a peut-être, je ne sais pas... mais peut-être donner des indications la maman, des signes qui font que « Ah, si, à ce moment-là, il faut quand même aller consulter en urgence ». Pour moi c'est pas... Pour moi, ça me poserait des questions sur est-ce que j'aurais dû le voir ou pas... Oui, ça me poserait des questions, « est-ce que j'aurais dû le voir ou pas ? », ça trotterait dans ma tête... Et en même temps, je ne me remettrais pas en question comme sur d'autres situations. Là, je me poserais des questions sur LA situation « est-ce que j'aurais pu le voir ou pas ? Oui, j'aurais dû le voir, j'aurais dû le voir ». Et puis voilà... Mais, ça s'arrêterait là.

- Comment tu gères vis-à-vis de la maman ?

- Comment gérer la maman ? Ah, compliqué... Comment gérer la maman ? On la rassure, sans banaliser, en disant que, ouais, son bébé va pas bien, qu'on va s'occuper de lui, que d'après ce qu'elle nous disait au téléphone, ça ne nous a pas inquiété hier mais que chez les enfants ça peut aller vite. Toujours... Je dirais que c'est un peu la façon de faire qui marche à tous les coups, l'honnêteté, dire les choses honnêtement, de dire la vérité des choses mais à dire les choses de façon à appuyer sur les éléments bénéfiques et à minimiser les éléments négatifs... Et, globalement, ça marche toujours, ça marche toujours bien... Et comment éviter ce genre de choses ? Je pense que ce n'est pas possible, parce que, comme je le disais, chez les enfants ça va vite... Et qu'il aurait beau examiner tous les enfants qui lui téléphonent à 20h30 ou 18h30 le soir, et bien, il y aurait quand même des enfants qu'il laisserait rentrer à la maison et qui reviendraient le lendemain matin avec des yeux cernés et un début de déshydratation. Ça on ne peut pas y couper... Je parlais de ma situation aux urgences, moi je m'étais posé des questions quand j'avais laissé rentrer cet enfant le matin et qu'il était revenu le soir avec des signes de déshydratation, je me suis dit « est-ce que j'aurais dû le garder ? ». Et ça m'avait posé beaucoup de questions, j'en avais parlé avec mes chefs qui m'avaient dit « mais, écoute, ce matin il n'avait pas de signes de gravité. Donc, tu as bien fait. Au contraire, il s'est aggravé, il est revenu. Donc, tu as bien fait ton job : il est revenu. Et s'il n'était pas revenu, et qu'il était mort à la maison, là tu aurais pu t'en vouloir, mais là non, il est revenu. » AHHH... [sourire]. Je pense que j'ai tout dit là-dessus...
- *Je passe au suivant ?*
- Hum
- *C'est le dernier [lecture de la douzième saynète « le confrère »]*
- Ça veut dire que là en l'occurrence on n'a pas rappelé le patient lui disant « vous vous souvenez... ». Moi, je trouve que, en tant que médecin traitant, en plus quand un spécialiste se donne la peine de nous appeler au téléphone ce qui n'est pas si fréquent que ça, on peut quand même se donner la peine d'assurer le suivi du patient... [sourire]... De, ouais, éventuellement garder dans un coin de sa tête que « ça serait bien, que Mr O revienne consulter, sans trop tarder ». Dans l'idéal, il faut soi-même, soit fixer un rendez-vous de consultation à Mr O pour qu'il revienne nous voir, soit dire à Mr O « appelez ma secrétaire pour avoir un rendez-vous rapidement, je compte sur vous ». Et voilà, éventuellement, de pister un tout petit peu ça, et que s'il laisse passer trop de temps, rappeler monsieur. Je sais que c'est hyper compliqué quand on a plein de patients, de rappeler les patients qui ne viennent pas en consultation... Surtout que les patients, ils ont le droit de changer de médecin traitant entre-temps ; ils ont le droit d'aller voir ailleurs ; ils ont le droit aussi de ne pas se faire traiter. C'est pas toujours évident de dire « au fait, Mr O comment vous allez ? Votre dysphagie là... ». Mais, ça pose question sur est-ce que c'est le rôle du médecin traitant de pister ça ou est-ce qu'il faut laisser la liberté au patient de choisir de ne pas consulter, d'occulter ce risque d'avoir une maladie grave... Il a le droit... Il a le droit de dire « d'accord, il y a quelque chose au scanner, mais je n'ai pas envie de m'en occuper pour le moment, ça n'est pas le moment ». Et en même temps c'est aussi notre rôle de médecin de dire « Ah, il y a quelque chose là, et il faudrait s'en occuper. J'ai besoin d'avoir votre réponse : est-ce que vous voulez vous en occuper ou pas ? ». Je trouve que ça, ça n'est pas évident. Donc, autant quand on prescrit un bilan qu'on dit au patient « revenez dans trois jours avec les résultats du bilan » et que le patient ne revient pas comme la situation qui était celle de précédentes situations, là, c'est notre rôle d'assurer le suivi, là, on a prescrit des choses [tapote sur la table]... Là, pour un examen qu'on a prescrit pour quelque chose, on découvre autre chose et on informe le patient. Le patient est informé qu'il y a quelque chose, qu'il y a quelque chose éventuellement à prendre en charge ; que le médecin traitant, il est au courant de ça, qu'il est prêt à vous aider à le prendre en charge, qu'il est prêt à le prendre en charge... Mais c'est la liberté du patient de choisir s'il a envie de se faire suivre pour ça ou pas. Ce dont on doit s'assurer, que ce soit le pneumologue ou le médecin traitant, c'est que Mr a toutes les informations pour choisir de faire suivre ça. Et je trouve que la démarche du spécialiste d'appeler le médecin traitant, de le tenir au courant, de lui dire « hum, il a quelque chose » et à ce moment-là il faut avoir une information du patient honnête « attention ça peut être grave ». Et, pas question d'alarmer le patient disant « attention, faites gaffe, c'est un cancer ». Mais de dire « attention, ça peut être grave, j'en informe votre médecin traitant parce que c'est mon rôle de vous adresser à un autre confrère. Ça peut être grave, allez voir votre médecin traitant ». C'est notre rôle, le médecin traitant, enfin quel que soit le médecin, il doit s'assurer que le patient a l'information et qu'il est capable de choisir de se faire traiter ou pas. Par exemple, si c'est un patient psychiatrique complètement dément, les choses sont différentes. Mais là, Monsieur, il est capable de choisir par lui-même. [tapote sur la table] Nous, si on lui a apporté tous les éléments pour choisir, on laisse le patient choisir, et on n'a pas à le harceler au téléphone pour lui dire « hey, hey, hey, il faut que tu t'en occupes, moi je ne te laisse pas le choix, tu dois t'en occuper ». C'est la liberté du patient de choisir de mourir de son cancer. Pareil, c'est toujours un biais de soins palliatifs, je sais qu'il y a des médecins qui sont « non, non. Notre rôle c'est de tout faire pour qu'il se fasse soigner ». Oui et non. Oui, c'est vrai, c'est de tout faire pour qu'il se fasse soigner mais sans leur mettre le couteau sous la gorge en disant « si tu ne te soignes pas, je ne te prends plus en charge ». Ça c'est pas trop... Enfin, ça c'est pas ma vision. Donc, cette situation-là, moi, la seule différence par rapport à ça c'est que j'aurais peut-être essayé de fixer un rendez-vous avec le patient, de lui dire « bon, écoutez, d'accord il y a quelque chose, on va se voir parce que... » Enfin, on va dire « dites-lui que je lui fixe un rendez-vous pour tel jour, ou qu'il rappelle ma secrétaire si jamais cela ne lui convient pas. Dites-lui que c'est grave et que j'ai envie de le voir pour ça ». Une information honnête... Et après liberté au patient de venir à la consultation, de décommander la consultation, de choisir de ne pas faire suivre ça parce qu'il n'a pas envie...
- *Et là, comment tu gères vis-à-vis du patient quand il revient ?*
- Quand il revient ? Tout dépend si on s'est assuré que M. avait toutes les infos ou pas... [sourire]... Si M. n'a pas compris, on lui dit « ah, pourtant on vous avait bien dit que ça pouvait être grave Monsieur. Là, manifestement, c'est grave. On va prendre en charge ça. On va s'occuper de ça. On aurait pu s'en occuper plus tôt, mais on va le prendre en charge maintenant ». Il est hors de question de culpabiliser le patient, il est hors de question de lui dire « Ah, je t'avais prévenu, tu n'as pas voulu venir... Voilà! ». Comment prendre en charge le patient ? C'est tout simplement en minimisant le fait qu'on était déjà au courant. D'attendre... Voilà, si jamais le patient nous dit « pourtant, il me semble que vous étiez au courant que j'avais ça, et vous n'avez rien fait ». Là, on peut lui répondre « mais, moi je vous ai dit que ça pouvait grave. Je vous ai fixé un rendez-vous de consultation et vous n'êtes pas venu. Aujourd'hui vous en êtes là, et on va s'occuper de vous ». Mais pas question de culpabiliser le patient... Être honnête et être factuel...
- *Ça te paraît grave comme situation, moyen grave, pas grave ?*
- Grave pour le patient parce que probablement, il avait un cancer et il est en train d'évoluer, et c'est quand même chiant... Grave pour le médecin, tout dépend, c'est ce que je disais, tout dépend de savoir s'il a essayé de cadrer un peu les choses. S'il n'a rien fait pour le patient, qu'il a juste eu le coup de fil « d'accord, eh bien je note » et qu'il n'a pas du tout essayé de stimuler un minimum son patient ; là, c'est un peu grave pour le médecin, parce que là, le médecin n'a pas été... N'a pas joué complètement son rôle... Il faut savoir où placer la justesse de sa place de médecin. La juste place de médecin c'est dans l'information : dans l'information du patient, et répondre à la question du patient. Voilà la juste place. Elle n'est pas dans obliger les patients se faire soigner... En tout cas ce n'est pas le mien... Voilà...
- *Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Humm... Je trouve que toutes les décisions que l'on peut prendre au cabinet, toute la gestion des événements indésirables est conditionnée par la durée, la temporalité d'une consultation. Qu'il y a beaucoup de choses qu'on pourrait améliorer par faire des heures sup entre guillemets, mais ça c'est quand même difficile d'arriver à lier ça et sa vie personnelle.
- *Est-ce que les petites saynètes ont modifié ta vision des événements indésirables, ou pas ?*
- Est-ce que ça modifié ma vision des événements indésirables ? Eh bien, ça m'a fait penser à des événements indésirables auxquelles je n'aurais pas pensé déjà. Non, ça ne modifie pas vraiment ma vision des événements indésirables.
- *Si tu devais redonner une définition maintenant, tu feras comment ?*
- Question qui tue ! Une définition des événements indésirables... C'est tous les événements qui surviennent au cours d'une consultation, qui sont le fait ou pas du médecin, et qui interfèrent sur le déroulement de la consultation, qui peuvent avoir un impact ou pas sur les soins apportés au patient. J'ai l'impression d'être aussi imbitable que la définition de l'OMS, mais j'aimais bien aussi le fait des événements que l'on souhaite qu'ils

- ne se reproduisent pas... C'est parfois des vœux pieux... Malheureusement des événements indésirables qu'on ne maîtrise pas, et qu'on ne peut pas maîtriser, et qui surviennent... Des erreurs de traitement, il y a des moments, voilà...
- Est-ce que pendant tes études médicales tu en as entendu parler, des événements indésirables ? Est-ce que tu as eu des cours ?
 - Je n'ai pas eu de cours. J'en ai entendu parler, oui... Pas aussi clairement... J'ai jamais entendu parler « les événements indésirables c'est... ». Oui, parce qu'on a une expérience, parce qu'on a parlé des situations, parce que voilà... Jamais aborder les événements indésirables dans leur globalité, en fait.
 - Est-ce que c'est quelque chose qui te manque dans ta formation ? Qui pourrait te manquer ?
 - J'ai l'impression que c'est plus de la formation pratique, que de la formation théorique.
 - C'est-à-dire ?
 - Ça fait partie de ce que l'on apprend dans notre vécu de praticiens, en stage. J'ai l'impression que c'est vraiment dans notre vécu de médecin qu'on arrive à appréhender, à faire... quand on a la chance d'être chapeauté, d'en discuter. Parce que chacun a une manière différente de gérer les événements indésirables. On a beau être préparé, finalement c'est aussi notre personnalité qui fait qu'on a des manières différentes de gérer. J'ai pas l'impression que ça me manque dans ma formation théorique.
 - Ce n'est pas forcément une formation théorique.
 - Dans ma formation pratique, plus mettre le doigt là-dessus... Peut-être oui... Mais voilà, je pense que c'est presque de l'autoformation.
 - Je crois que dans ta fac vous avez des groupes de paroles...
 - Alors, on a pas des groupes de paroles mais on a des entretiens monitorés ; c'est pas des groupes de paroles mais ça s'en rapproche : en gros, c'est des entretiens en petits groupes avec un médecin où on parle à la fois de ce dont on envie de parler, et là pour le coup ça se rapproche des groupes de paroles, mais aussi de nos écritures cliniques ou aussi d'un sujet particulier qu'on choisit, de stage, de pas mal de choses...
 - Est-ce qu'il y a des gens ou est-ce que, toi, tu as abordé des événements indésirables ?
 - On a abordé des événements indésirables que tu n'as pas évoqué et que moi j'avais évoqué, c'est la consultation « pas de porte ». Qu'est-ce qu'on a évoqué d'autres ? Oui, on a évoqué les erreurs médicales. Mais finalement, je trouve qu'on est conscient de ça, des erreurs médicales... Donc, on n'a pas forcément besoin d'en discuter, je trouve, parce que l'on sait que quand on fait une connerie, on fait une connerie, c'est pas bien, c'est pas bien... Mais voilà, je ne sais pas si on a beaucoup de chose à en dire, finalement. Oui, on a parlé des événements indésirables en entretien monitoré, mais pas globalement...
 - Et, à part l'événement indésirable sur ton patient aujourd'hui, est-ce que tu as un autre événement qui te vient à l'esprit et qui t'aurais marqué ?
 - Oui, un événement indésirable de « pas de porte »... Sur une patiente qui venait pour des troubles du sommeil, donc on a fait une consultation des troubles du sommeil classique. Et elle avait un bilan où elle avait une petite perturbation du foie. On lui avait fait un bilan d'asthénie, en fait. Petite perturbation des enzymes hépatiques. Mais là, elle venait pour des troubles du sommeil. Et, à la fin de la consultation, en se mettant debout, elle nous a regardé... c'était une consultation en supervision directe... J'avais un de mes prat qui faisait beaucoup ça, en fait. Je faisais la consultation, et lui il tapait. Là, en l'occurrence, on était tous les deux en train de dire au revoir à la dame, et elle me dit « mais, mes petits problèmes de foie, ça ne pourrait pas être lié au fait que je bois un peu plus d'alcool en ce moment ? ». « Ah, bon... Bon, OK, on se rassoit ? ». En l'occurrence, c'était en fin de journée, on avait le temps, il avait un créneau d'urgence où parfois il n'y avait personne et là il n'y avait que cette patiente-là. On avait le temps. Donc, on s'est rassis, et on a fait une consultation de l'alcool. Ça, c'était un événement indésirable intéressant.
 - Et, vous en avez parlé après avec ton Prat ?
 - Ouais... ouais, ouais... On a débriefé ça. Ouais, parce que pour le coup, on a fait la suite de la consultation à deux. Là il s'est un peu plus impliqué dans la consultation. Est-ce que j'ai d'autres événements indésirables ? J'ai jamais fait d'erreur de traitement, c'est pas possible... [sourire]... Si, j'ai dû en faire mais je n'arrive pas m'en souvenir comme ça... De grosses bêtises... Moi, je me souviens d'erreur, c'était pas moi, c'était un de mes co-internes dont je tairai le nom... C'était une patiente, qui était en hypo-natrémie et le chef lui avait dit « écoute, elle est en hypo, on va corriger doucement. Tu mets du G5 avec un peu de NaCl dedans ». Il s'est planté, il lui a prescrit du phy avec du NaCl en plus dedans. Et elle est passée de l'hyponatémie à l'hypernatémie, et elle est décédée de son hypernatémie. Bref, un bel événement indésirable. C'était en hospitalier, c'était pas en consultation.
 - Et vous en avez discuté avec l'interne ?
 - Oh, c'était un con. [rire]. Non, c'était un con parce que le chef lui a fait remarquer que c'était une petite erreur, quand même et il a dit « ah ouais, ouais, c'est dommage quand même... ». Ça ne l'a pas du tout marqué, ça ne l'a pas du tout... Nous, ça nous a choqué quand même....
 - Il n'a pas semblé affecté...
 - Non, il n'a pas du tout été affecté... Mais ça rentre pas vraiment dans le cadre de ton... Mais sinon, les erreurs de prescription que j'ai vues souvent c'est le patient en hypokaliémie, et au lieu de lui mettre du potassium, on lui met du Kayexalate... Une erreur d'inattention presque... C'était une de mes co-internes que j'aimais bien qui avait fait ça.
 - Et elle s'en était voulu ?
 - Elle s'en était beaucoup voulu... En l'occurrence, ça n'avait eu aucun impact sur la patiente. Mais pendant deux jours, elle n'était pas bien, elle s'en était beaucoup voulu... Ah si, j'ai un autre événement indésirable intéressant... Enfin, je ne sais pas si ça peut rentrer dans les événements indésirables. Quand j'étais aux urgences ped, c'est toujours pas moi, c'est toujours mes co-internes [rire]... Je ne fais jamais d'erreur [rire]... Une de mes co-internes avait vu un gamin, un bébé qui faisait quelque chose qu'elle n'a pas compris, elle a demandé à un chef de venir voir l'enfant parce qu'elle ne le sentait pas. Et en fait, ils ont considéré ça comme des sanglots du nourrisson. Le bébé s'énervait, s'énervait, il devenait bleu, bloquait sa respiration... En fait, ça rendait ses parents inquiets, mais ce n'est pas dangereux, c'est censé ne pas être dangereux pour le gamin. Et là aussi, elle... en plus, elle, elle ne le sentait pas, elle lui disait « non, il y a quelque chose d'autre, je ne le sens pas ce gamin ». Et le chef lui a dit « mais si, ne t'inquiète pas, laisse-le rentrer à la maison, ça va bien se passer ». Et en fait, le gamin est décédé sept jours plus tard d'un malaise. Et elle s'en est vraiment beaucoup voulu... Et je pense, qu'elle ne s'en est toujours pas remise de ça ! Sauf que ce chef-là, c'était difficile de discuter avec lui. Elle en a discuté beaucoup avec les autres chefs, ils lui ont dit que ça n'était pas de sa faute, que cliniquement à ce moment-là le gamin ne présentait pas de gravité, et qu'on ne pouvait pas prévoir tout, tout le temps...
 - Et tu sais quel impact ça a eu sur elle ? Psychologiquement...
 - Dévastateur...
 - Dévastateur ?
 - Ah oui...
 - C'est-à-dire ?
 - Hummm... Je pense que ça a eu un impact sur toutes... Moi, de ce que j'ai vu, c'est que ça a eu un impact sur toutes les autres consultations de gamins qu'elle a eu pendant deux mois. Pendant deux mois, il fallait qu'elle soit rassurée en permanence par les chefs sur ces gamins. Et puis, elle était dans un état de stress... Elle n'était pas bien, elle était irritable, alors que ça n'était pas franchement quelqu'un d'irritable à la base. Non, ça l'a bouffée pendant longtemps... Et quelque part, je pense que ça l'a bouffée encore... J'ai encore quelques contacts avec elle... Les enfants, ils ne sont pas censés mourir. Heureusement, il n'y en a pas beaucoup qui meurent. Mais, quand il y en a un qui meurt, c'est encore plus mal vécu que les autres quoi... Voilà... J'ai épuisé mon stock...
 - Merci
 - Je t'en prie...

Entretien 6 (1h18)

- Je suis *Émilie* je suis à Paris V et j'ai actuellement fini mon internat de médecine générale depuis deux ans et demi.
- Alors, je m'appelle C, je suis à la fac de U, et là je suis en stage de pédiatrie. Je suis en troisième semestre.
- Tu as fait quoi comme stage avant ?
- Alors, mon premier stage j'étais en médecine post urgence. Mon deuxième stage, j'étais aux urgences dans le même hôpital.
- C'est quoi ton projet professionnel ?
- Mon projet professionnel ça serait... alors déjà de voir comment se passe le stage chez le Prat, si ça me plaît ou pas. Si ça me plaît, faire des remplacements dans un premier temps et m'installer ensuite.
- D'accord. Là, ce sont des entretiens pour ma thèse « les événements indésirables en cabinet vu par les internes de médecine générale ». C'est une étude qualitative avec des entretiens semi directifs, c'est-à-dire, tu vas voir, c'est surtout toi qui vas parler... C'est anonyme, c'est-à-dire que je gommerai ta fac, ce genre de choses pour qu'on ne puisse pas savoir qui tu es. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, il n'y a pas de jugement, c'est les réponses qui te viennent à l'esprit qui sont bien. C'est enregistré sur un support numérique. Nous sommes le 21 mars et nous sommes à mon domicile. Alors, déjà, qu'est-ce que pour toi un événement indésirable ?
- Dans le cadre médical ou pas du tout ?
- Heu, plutôt dans le cadre médical...
- Pour moi dans le cadre médical, ça se rapprocherait de la iatrogénie. Tous les événements, tous les éléments liés aux soins, à la pratique du soin et qui peuvent engendrer des conséquences négatives.
- Tu as des exemples à me donner ?
- Des traitements abusifs, ou des erreurs de traitement. Après, ça peut être aussi des erreurs d'appréciation ou un mauvais contact avec un patient et du coup l'entretien se passe mal, ça peut aussi rentrer dans le cadre d'un événement indésirable pour le patient. Un patient qui a un comportement inhabituel ou inapproprié, ça peut être aussi un événement indésirable pour le médecin. Ça, c'est vaste comme thème...
- Et dans le cadre hors médical, c'était quoi ton idée ?
- Ça ferait tout événement qui n'est pas désiré. Qui a des conséquences néfastes, négatives.
- D'accord. Qu'est-ce que tu donnerais comme définition de l'erreur médicale ?
- C'est difficile... Erreur médicale c'est... Une faute de la part d'un professionnel de santé. C'est peut-être une faute stricto sensu médicale en termes de traitement, etc., mais ça peut être aussi lié au relationnel avec les patients. En tout cas c'est comme ça que je l'entends...
- Est-ce que tu fais une différence entre événements indésirables et erreur médicale ?
- Dans l'erreur médicale, il y a le terme médical dedans, c'est déjà plus centré. On est sûr qu'on parle de médecine. Alors que événement indésirable c'est beaucoup plus vaste...
- Alors événements indésirables en médecine...
- Je trouve que événement indésirable c'est beaucoup plus vaste que erreur médicale. Erreur médicale je vois plus au niveau des traitements. Alors que événement indésirable ça peut être tout et n'importe quoi : un effet secondaire d'un médicament ; ou ça peut être juste un patient très agressif, c'est un événement indésirable pour nous ; ou un médecin épuisé qui se comporte mal vis-à-vis d'un patient, ça sera un événement indésirable pour le patient dans ce cas- là. Alors que erreur médicale, pour moi c'est vraiment de la part du médecin.
- D'accord... OK... Je vais te donner plusieurs définitions d'événements indésirables médicaux, tu me diras ce que tu en penses...
- Hum, hum...
- Alors, pour le ministère de la santé « les événements indésirables est l'ensemble des événements non désirés liés aux soins »
- Ouais, je suis plutôt d'accord... Mais dans ce cas-là, c'est vraiment relatif aux soins. On ne prend pas du tout en compte l'aspect humain, relationnel d'un événement indésirable, ce que je disais tout à l'heure. Oui, mais ça ressemble à l'erreur médicale pour moi...
- D'accord
- Sauf que peut-être l'erreur médicale est plus du fait du médecin alors que événement indésirable c'est un peu aléatoire. On ne peut peut-être pas le prédire, enfin, un effet secondaire d'un médicament... Alors que l'erreur médicale, c'est vraiment à priori le médecin qui a fait une faute, se serait trompé... Se serait trompé dans une dose de médicament, un truc comme ça... Alors que là ça fait beaucoup plus vaste...
- Pour l'OMS « c'est un incident qui entraîne une atteinte pour le patient, atteinte découlant de ou associé à des projets formulés ou des mesures prises pendant que les soins ont été dispensés ; et qui ne résulte pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacente »
- Alors là, je trouve que c'est beaucoup plus vaste et que cela prend aussi l'aspect relationnel avec le patient, alors que l'autre définition ne le faisait pas. Je suis plus en accord avec cette définition.
- D'accord. J'en ai une troisième...
- [rires]
- C'est la définition de l'étude ESPRIT, qui est une étude qui a été faite en 2013 en ville. Alors, « un événement indésirable c'est un événement ou une circonstance associée aux soins qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné une atteinte pour le patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau »
- Les trois me vont... Mais c'est vrai que je préfère la deuxième...
- Qu'est-ce qui te...
- Je trouve que la deuxième est plus vague. Elle prend plus en compte tout ce qui est médical mais aussi tout ce qui est relationnel, paramédical... Alors que la première, pas du tout parce que c'est vraiment lié aux soins... Et la troisième, j'ai pas l'impression qu'elle soit aussi vaste que la deuxième...
- Quand tu dis « médical », pour toi c'est vraiment thérapeutique...
- Ouais
- D'accord. Et « paramédical » c'est plus tout ce qui est relation, attitude...
- C'est un peu des abus de langage que j'utilise parce que c'est pas du tout des vrais termes... [rire]
- [rire]
- Non, le terme médical pour moi, c'est vraiment thérapeutique ; je vais utiliser le terme thérapeutique alors... Et après il y a tout le côté relationnel, qui est à côté, mais qui pour moi, rentre en ligne de compte dans l'événement indésirable...
- D'accord. Alors, je vais te lire des saynètes
- D'accord
- Tu me diras ce que tu en penses ; si pour toi c'est quelque chose de grave ou pas grave ; est-ce que tu vois un événement indésirable dedans ; et puis, si tu aurais géré comme ça, ou si tu n'avais pas géré comme ça, qu'est-ce que tu aurais fait ; qu'est-ce que tu pourrais mettre en place pour pas que ça se passe. [lecture de la première saynète « répondre au téléphone devant un patient »]
- Pour moi c'est un événement indésirable. Parce qu'il n'y a pas de couverture du secret médical... Parce que le médecin n'aurait pas dû dire le nom de la patiente quand il a l'urgentiste au téléphone. Enfin, moi je pense que je l'aurais... Enfin, ça peut nous échapper, mais je pense que j'aurais fait en sorte de ne pas le dire. Parce que là, le patient en face a eu tous les antécédents de la patiente, il a connu son nom... Non, pour moi, c'est un événement indésirable. C'est même une faute, parce que tu es en rupture du secret professionnel.
- C'est grave, pas grave, moyen grave ?
- Ah oui, pour moi, c'est grave... Enfin, il n'y a pas le pronostic vital engagé mais pour moi c'est grave... Non, c'est grave...

- Du coup, qu'est- ce que tu mettrais en place, dans ta pratique si tu étais en cabinet ?
- Alors, je pense que c'est impossible de faire sortir le patient qui est là, pour répondre au téléphone, pour des soucis logistiques. Mais je pense que quand l'urgentiste me dirait « oui, je voudrais vous parler de Mme machin... », et bien, je ne répéterais pas le nom de la patiente... Je regarderais dans mon dossier sans que le patient soit au courant et je donnerais des informations mais de façon anonyme...
- Hum, hum...
- Voilà... Ou alors, sinon je pense que c'est impossible de lui dire « je vous faxe le compte rendu, je vous faxe les informations » parce que ça s'intercale trop dans la pratique avec le patient qui en face, ça prend trop de temps. Sinon, oui, j'aurais répondu au téléphone mais je n'aurais pas répété le nom de la patiente à haute voix.
- D'accord. Est- ce que tu as déjà vu au cours de tes stages des ruptures de secret professionnel ?
- Enfin, c'est assez fréquent... Enfin, enfin il y a des petites choses assez fréquentes : quand on trimbale un dossier et qu'on laisse l'étiquette visible, et qu'on passe dans l'ascenseur avec le brancard et qu'on croise des patients, du coup les autres savent le nom du patient hospitalisé et dans une petite ville, on peut facilement savoir qui est hospitalisé... Pour moi, ça c'est une faute... Ou quand l'infirmière rentre dans un boxe et dit « oui, Mme Machin dans la boxe juste à côté, est- ce que je lui fais ses aérosols ? »... Pareil, pour moi elle devrait dire « la patiente en salle 2, qui a besoin d'aérosols... ». Tu vois, ça c'est des trucs que j'aime pas... Et je fais vraiment tout pour ne pas le faire en tout cas...
- Et, quand tu les vois, quand tu vois une infirmière faire ça...
- Non, je n'ai jamais rien osé dire [sourire], c'est compliqué... Mais, avec les externes, j'ose leur dire quand on ... ou avec des stagiaires, j'osais leur dire « faites attention au dossier, quand vous faites la visite de ne pas laisser, quand il y a les familles, tous les dossiers en vue. Ou ne pas parler d'un patient devant un autre... ». [rire] Je forme les externes, les stagiaires mais je n'ai jamais osé faire une réflexion à une infirmière, à des gens qui sont là depuis plus longtemps que moi... C'est compliqué à l'hôpital...
- Tu as d'autres choses à rajouter ?
- Non
- **[lecture de la deuxième saynète « chute au cabinet »]**
- Et tu as dit initialement qu'elle était autonome ou pas ?
- Oui, elle est autonome...
- Pour moi, c'est pas vraiment... C'est pas une grave erreur, enfin, c'est plutôt une négligence... C'est une négligence, il ne l'a pas aidée à descendre de son fauteuil, mais ce n'est pas une dame qui est grabataire et qui est un petit peu âgée mais bon, le téléphone sonnait... Elle aurait très bien pu tomber de sa chaise quand elle était assise, et pas forcément du fauteuil d'examen... C'est un événement indésirable... Pour la patiente c'est vraiment très indésirable mais enfin... Je ne pense pas que le médecin soit vraiment fautif, il n'a pas fait, enfin... Si elle était autonome, elle aurait pu normalement descendre toute seule du siège. On ne peut pas non plus aider tous les patients... Après, ça dépend, si elle avait l'air vraiment abattue, fatiguée, peut- être qu'il aurait dû l'aider un petit peu mais... Enfin, d'après ce que tu me dis elle était autonome... Enfin, ça aurait pu arriver chez elle aussi...
- Hum, hum...
- Et chez elle est toute seule, elle se lève toute seule de son fauteuil, donc enfin... C'est un peu indésirable que ça arrive chez le médecin mais enfin, ça aurait pu arriver chez elle... Et, voilà, peut- être qu'il a été un peu négligeant de ne pas la tenir, ou de ne pas l'aider s'il a vu qu'elle avait un petit peu de mal, en se précipitant sur le téléphone mais pour moi ce n'est pas une faute grave...
- Hum, hum... Est- ce que tu changerais quelque chose...
- Mettre un marchepied [rire]... Non, sur les patients âgés être un peu plus attentif, les aider à descendre du fauteuil d'examen si on voit qu'ils ont du mal à se déplacer, si elle n'était pas vraiment autonome, lui proposer des aides ou quelque chose comme ça... Mais je pense que quelqu'un d'autonome qui n'a pas l'air d'être grabataire, c'est un peu difficile de changer la situation, c'était un événement indésirable... Enfin là, c'était pas de chance parce que je pense que ça aurait pu arriver chez elle, en descendant de son lit ou en se levant de son fauteuil...
- Tu as d'autres choses à rajouter ?
- [Non de la tête]
- Comment tu réagis vis-à-vis de la patiente ?
- Alors, je serais très mal à l'aise. Je m'excuserais encore et encore. Après je verrais si elle se relève seule ou pas. Si elle arrive à se relever seule, voilà, sinon je l'aide. Et je pense que je la réexamine pour être sûre qu'elle ne se soit pas cassé quelque chose. Et voilà, je m'excuse encore. Et je vois si elle arrive à descendre... Enfin, je fais un petit test pour voir si effectivement elle est bien autonome ou si effectivement elle a du mal à descendre du fauteuil. Dans ce cas-là, envisager des aides à domicile...
- D'accord. Je passe au suivant ?
- Oui
- **[lecture de la troisième saynète « erreur de clic »]**
- Ouais, ça c'est un événement indésirable grave. Après, ça arrive à tout le monde de faire des erreurs quand on est fatigué... Qu'est- ce qu'on aurait pu faire pour le changer ? Enfin, être plus vigilant vis-à-vis de l'ordonnance, bien regarder ce qu'on a écrit... Mais c'est vrai que parfois, on regarde bien et on voit même pas, en fait, l'erreur. Après, heureusement que le pharmacien était là, et qu'il a été un peu vigilant et qu'il nous a rappelé... Sinon, ça aurait été un peu un embêtant... Mais sinon, je ne vois pas ce que l'on peut... Moins se surmener ? Mais je pense que c'est quasiment impossible dans notre métier ! [sourire] Vraiment faire attention à l'ordonnance, bien vérifier... Après, il avait une copie de l'ordonnance, donc c'est bien... Après je ne sais pas si c'est systématique chez les prat, s'il y a toujours une copie...
- Pas forcément...
- Donc, c'est bien qu'il ait une copie, pour voir que effectivement il avait prescrit un peu... Qu'il s'était trompé... Mais, oui, c'est un événement indésirable grave, mais je vois mal comment on pourrait... Comment on pourrait le changer... À part s'il a un logiciel de prescription qui dirait « oui ce médicament est contre-indiqué chez tel type de patient ». Enfin, j'en ai jamais vu des trucs comme ça en tout cas... Non, il aurait juste dû faire un petit peu plus attention, être moins surmené [sourire]...
- [rire]
- Qu'est- ce que je changerais ? Rien... Enfin, je ne sais pas... Bien relire les ordonnances... C'est ce qu'on essaie de tous faire, mais après, on ne fait pas forcément attention... Tout le monde fait des erreurs...
- Comment tu réagis vis-à-vis du patient ?
- Je lui dis la vérité. Je pense que j'essaie d'avoir une consultation rapidement avec lui, peut- être que c'est utopique ce que je dis, mais, voilà, un peu pour lui expliquer... Déjà pour lui prescrire le bon médicament... Et pour lui dire que « voilà, je suis désolée. Enfin, j'étais un peu fatiguée, j'ai pas fait attention. Je suis vraiment désolée, je me suis trompée de médicaments ». Lui dire la vérité, je pense qu'il peut le comprendre. Et s'il ne le comprend pas, au moins j'aurais fait en sorte qu'il essaie de comprendre. Mais en tout cas je n'irais pas lui mentir. Voilà...
- D'accord. **[lecture de la quatrième saynète « le vaccin »]**
- Alors moi, comme je ne vaccine pas du tout, je ne sais pas trop quoi ça correspond...
- Alors, pour certains vaccins, tu as la molécule vaccinale et tu as l'adjuvant. Et en fait, il faut mélanger les deux avec la seringue. Tu prends l'adjuvant, tu mets dans l'autre molécule, tu secoues, et tu récupères le tout mélangé. Donc là, en fait, la manip ça été de récupérer que l'adjuvant et d'injecter l'adjuvant.
- Mais après, je ne sais pas du tout quelles sont les conséquences d'injecter le mauvais... Enfin, de ne pas injecter le vaccin complet, je ne sais pas si on peut... Enfin quelle est la conséquence, je ne sais pas du tout... Donc là, en fait, je ne peux pas répondre, je ne sais pas du tout, je ne sais pas si

- c'est très grave ce qu'il a fait ou si c'est moyennement grave ou si ça va, c'est pas si grave que ça... Ou s'il y a risque de cellulite... J'en sais rien... C'est un événement indésirable, en tout cas. Après, est-ce qu'il est vraiment très grave ou pas, je ne sais pas...
- Alors, imaginons que tu es chez le Prat, que tu es en autonomie. Tu le fais. C'est quoi ta réaction, comment tu gères ?
- Ah, je pense que je serais mal à l'aise et très stressée. Et, après, je pense que si je vaccine, je saurais quelles sont les conséquences de ce que j'ai fait...
- Imaginons que non, comment tu...
- J'appelle mon Prat
- Ouais...
- Et je lui explique que... Alors je rassure, j'explique d'abord à la maman « voilà, je suis désolée, j'ai injecté le vaccin alors qu'il n'était pas reconstitué », enfin je lui explique « je vais prendre conseil auprès de mon chef pour savoir quelle est la conduite à tenir parce que là, je ne sais pas quelles sont les conséquences »... Enfin, je pense que c'est ce que je ferais...
- C'est tout ?
- Oui
- **[lecture de la cinquième saynète « le vaccin bis »]**
- Se répand où? Sur la peau ?
- Sur la peau
- Elle n'a pas eu toute l'injection ?
- Tout à fait
- Ça pour moi, c'est pas un événement indésirable grave. C'est un événement indésirable, mais... Faible... Enfin, ce que je vais faire... Enfin, je ne vais pas la revacciner parce qu'elle a déjà une dose et je n'oserais pas refaire. On va suivre le calendrier habituel je crois. Je n'aurais rien changé et je vais dire « voilà, je pense qu'elle n'a pas eu toute la dose, mais elle en a eu un petit peu ». Et je ne vais pas m'amuser à lui en réinjecter pour la surdoser... Tant pis...
- Donc tu le dis à la maman ?
- Ah oui, je pense qu'elle verra... Je lui dirai « voilà, il y a une certaine quantité de vaccin qui est partie sur la peau, qui n'a pas été injectée. Mais, je ne peux pas savoir quelle quantité elle a reçu effectivement. Et je ne vais pas lui en remettre une deuxième dose de vaccin. Donc on va suivre le calendrier habituel ». Et voilà... C'est quoi, c'est sa deuxième injection ?
- Non, c'est sa première injection...
- Donc après, elle aura une deuxième... Non, ça ne manquerait pas plus que ça... Après, peut-être que j'ai tort...
- Je te rassure il n'y a pas de... [rire]
- [rire] Après, je pense qu'il y a quand même de bonnes réponses à la conduite à tenir face à ça. Qu'est-ce qu'il faut faire ? Est-ce qu'il faut revacciner ?
- Non... Il n'y a pas de bonnes réponses... C'est sûr que s'il y a tout le vaccin qui est sorti, on est d'accord il faut la revacciner. Mais une certaine quantité, c'est vaste, c'est fait exprès... Il n'y a pas de bonnes réponses [sourire].
- Donc moi, je pense que je ferais ça : j'en parle à mon Prat. Il y a sûrement un débriefing en fin de journée, je lui demanderais quand même au cas où... Il faut que je la reconvoque avant la date de la prochaine ou...? Je pense que j'essaierais d'estimer la quantité qu'elle a reçue... Non, sinon, si j'étais toute seule et que j'étais chez le Prat... En même temps, c'est difficile de dire ça... Je pense que je ne ferais pas d'autre injection, je suivrais son calendrier vaccinal normal et que la prochaine fois je la tiendrais bien fermement... C'est bon...
- **[lecture de la sixième saynète « problème de compréhension »]**
- C'est un événement indésirable... Entre modéré et grave...
- C'est-à-dire ?
- Parce que c'est difficile d'apprécier la compréhension des patients... Enfin, s'il y a un patient qui ne parle pas très bien français, moi j'aime bien leur demander « alors, est-ce que vous avez bien compris ? ». Après, quand il lui a dit d'aller aux urgences tout de suite, enfin, le patient était en bon état général et il n'allait pas mobiliser une ambulance ou un taxi pour l'envoyer aux urgences. Il aurait dû s'assurer de la bonne compréhension du patient pour aller aux urgences, et après, quoi faire de plus ? Là, en tout cas, il faut qu'il y aille tout de suite... Et si on voit qu'il y a un problème de compréhension ou même d'observance, là, on appelle un taxi pour l'y emmener avec son interprète. Mais oui, il aurait dû s'assurer de la bonne compréhension du patient, lui dire « est-ce que vous avez bien compris ? Qu'est-ce que vous allez faire maintenant ? »... Est-ce qu'il a vraiment pas compris ou est-ce qu'il a délibérément choisi de ne pas aller aux urgences, il n'avait pas compris la gravité de la situation... Non, je pense qu'il aurait dû lui demander de répéter ce qu'il avait compris, ce qu'il devait faire, ce qu'on suspectait... C'est pour ça que je ne le mets pas en grave, parce que c'est difficile d'apprécier la compréhension des patients et après, c'est quand même pas anodin, il y a retard de prise en charge du patient pour moi... Et qu'est-ce que j'aurais changé ? J'aurais essayé de m'assurer de la bonne compréhension du patient en faisant répéter ce qu'il avait compris et ce qu'il devait faire... Et s'il n'a vraiment pas compris ou s'il n'a vraiment pas envie d'aller aux urgences... Je pense que j'aurais essayé de le convaincre d'aller en taxi... Après, je pense que c'est compliqué parce que les patients du Mali ne peuvent pas payer, je vais tomber dans les clichés, mais payer un taxi c'est un peu compliqué pour eux... J'essaierais vraiment de le convaincre d'aller aux urgences mais après je ne peux pas le forcer non plus... La question c'est est-ce qu'il n'a vraiment pas compris ou est-ce que c'est un défaut d'observance parce que lui s'est dit que ça allait passer, parce que le médecin était trop alarmiste selon lui... En fait non... Et finalement c'est pas si grave que ça parce qu'il revient, il n'est pas revenu avec un orteil amputé ou... Quelque part il s'est dit que c'était quand même important et il revient avec un ami qui parle français. Donc il avait quand même compris que c'était grave, je pense... Ouais, ou sinon, essayez de joindre quelqu'un de la famille qui parle français. Nous, on fait ça aux urgences quand on a des patients qui ne parlent pas du tout français, ils ont souvent des gens qu'ils connaissent dans leur entourage qui parlent français et on parle au téléphone, sinon c'est pas... C'est impossible, surtout pour des enfants, déjà que eux ils ne parlent pas alors si les parents parlent pas non plus, c'est compliqué...
- Comment tu gères vis-à-vis du patient ?
- Là, je lui dis d'aller tout de suite aux urgences avec son interprète et après je vois... Enfin, s'ils ont l'air motivé. S'ils ont pas l'air motivé, j'essaie de les forcer avec des arguments. Et s'ils veulent vraiment pas, enfin, je ne peux pas aller contre leur volonté, c'est leur décision... Mais il faut que je m'assure qu'ils aient vraiment bien compris de quoi il en retournait... Enfin, si l'autre patient parle bien français et qu'il a l'air de bien comprendre, etc.... Voilà, s'il ne veut pas du tout aller aux urgences, je ne peux pas forcer... Mais je ferais tout pour qu'il y aille en tout cas...
- Ça a un impact sur toi, ou pas ?
- Qu'est-ce qui a un impact sur moi ?
- Cette histoire... C'est-à-dire si c'est toi le médecin traitant de ce monsieur, ça a un impact ?
- Oui parce que je me dis que je lui ai mal expliqué la situation, ce qu'il devait faire, il n'a pas compris, que c'était mes explications qui n'allaient pas... Ouais, je n'ai pas été assez clair, je ne me suis pas assuré qu'il avait compris... Bien sûr, toutes ces situations ont un impact sur moi [sourire]
- C'est un impact important c'est-à-dire que ça remet en cause la manière de travailler ? Ou alors, c'est un impact sur le coup ?
- Non, je pense que ça remet en cause ma manière de travailler puisqu'après... je pense, après une situation comme ça tu t'assures que, vraiment, pour tous les patients étrangers, qu'ils comprennent bien ce que tu leur as dit... Pour tous les patients qui ont une situation grave, même pas étranger. Il y a des patients qui ne comprennent pas très bien en parlant très bien français, tu t'assures vraiment qu'ils ont bien compris ce que tu leur disais, de la gravité de la situation...

- *C'est un impact émotionnel aussi ou pas ?*
- Oui, mais par ce que, enfin, j'ai l'impression que moi j'ai une pratique médicale qui est vraiment, enfin... J'ai du mal à me détacher de la médecine... C'est moi, en fait... Donc, toutes les situations qui me posent problème, je me remets en cause, moi, je remets pas forcément en cause le médecin... Je remets en cause moi, moi la personne... Donc un patient comme ça, je ne vais pas me dire... Enfin, de toute façon c'est moi la personne qui est en cause, pour moi, c'est moi la personne qui lui ai mal expliqué. C'est pas mes compétences médicales, c'est... Même si ça rentre en compte, enfin, ça rentre en ligne de mire du domaine médical... C'est moi qui suis en défaut, en fait...
- *Ça a un vrai impact du coup... Ça te travaille ?*
- Je pense que cette situation, oui, elle me travaillerait mais pas non plus des mois et des mois... C'est difficile de dire ça mais je pense que je repenserais régulièrement pendant au moins facilement une semaine et demi, deux semaines... Je me dirai « quand même, je lui mal expliqué. Peut-être qu'il va perdre son orteil »... Après, ça dépend, si je suis sûr de lui avoir bien expliqué et que c'est lui qui a délibérément choisi de ne pas aller aux urgences... On n'y peut rien...
- *Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non non
- **[lecture de la septième saynète « visite à domicile »]**
- Ça je pense que, malheureusement, c'est fréquent...
- *Hum, hum...*
- Mais, je n'ai pas de recul... Mais je pense que c'est fréquent, enfin, quand ils vont à domicile, ils n'ont pas le dossier des patients. Donc c'est difficile de se souvenir de Mme machin qui a été hospitalisée, on lui a changé tous ces traitements à l'hôpital, on a tout modifié, et toi t'as pas forcément le retour, t'as pas forcément les nouvelles ordonnances... Bon, là, c'était le cas... Mais souvent, je pense que c'est pas le cas... Et du coup, tu as tendance à prescrire les vieux traitements... Mais oui, oui, pour moi c'est une erreur grave... Oui, il aurait dû être plus vigilant... Enfin, je sais pas, est-ce que c'est possible d'emporter les dossiers avec soi quand on va au domicile des patients ? Enfin, les visites à domicile, je pense que c'est programmé... Donc, peut-être essayer... Enfin, je ne sais pas quoi ça ressemble... C'est sur un dossier informatique ?
- *Oui*
- Donc c'est pas possible... Ou sur un ordinateur portable, je ne sais pas... Peut-être relire au moins le dossier avant...
- *Hum, hum...*
- Surtout s'il y avait une lettre du cardiologue... Enfin, c'est un minimum, je pense... Mais peut-être que c'est naïf aussi tout ce que je dis... Moi, dans mon idéal, je ferais des consultations sur rendez-vous. Avant chaque rendez-vous, je relirais le dossier du patient avant la consultation. Et donc, dans mon idéal, avant d'aller voir Mme G, je lirais son dossier avant d'aller la voir... Donc, j'aurais su qu'elle avait changé son traitement [rire]
- *[rire]*
- Mais après, je pense que c'est complètement naïf ce que je dis... Mais pour moi, oui c'est grave de m'être trompée de traitement. Après, ça peut avoir des conséquences, si elle mélange les deux ordonnances... Enfin, moi j'ai déjà vu des patients qui prenaient « alors, je prends du Lasilix et du furosémide », alors que c'est la même chose, enfin... Donc oui, pour moi, c'est une faute par négligence... C'est un peu un manque de conscience professionnelle... Donc c'est plutôt grave... Si moi, ça m'arrivait, je me remettrais vraiment en question ça vraiment, je ne suis pas assez consciencieuse... Je ne vais pas au fond de mes dossiers... Je connais pas mes patients en fait... Elle était hospitalisée, elle a vu le cardiologue, on lui a changé ses traitements. Et moi j'arrive, elle me prépare son ordonnance, sa vieille ordonnance... Et je ne lui ai même pas demandé en fait, si elle avait vu le cardiologue depuis la dernière fois, si on avait changé ses traitements, si elle avait été hospitalisée... Enfin... Je suis là juste en prestataire de services pour leur faire son ordonnance... Enfin... ». Moi c'est pas du tout comme ça que j'ai envie de pratiquer, mais après, je comprends que si tu as 40 visites à domicile dans la journée, c'est impossible de bien faire les choses et que, voilà... En tout cas, c'est pas comme ça que j'envie de pratiquer... Mais je pense que ça arrive souvent...
- *Hum, hum...*
- Et que parfois il n'y a pas de lettre qu'il y a eu effectivement nouveau traitement introduit à l'hôpital, et qu'on a aucun retour, et qu'on est pas du tout au courant de tout ça. Et que les patients, parfois, ils sont âgés, ils ne savent pas ce qu'on leur a fait, ils ne pensent pas à nous donner l'ordonnance qu'ils ont eue à l'hôpital, où ils l'ont perdue ou j'en sais rien. Et ils nous donnent les ordonnances standard qu'on leur avait faites avant, et voilà, c'est plus du tout adapté... Donc oui, pour moi c'est une faute... Peut-être que c'est une faute très grave, parce que peut-être que le pronostic vital est engagé à cause de cette erreur... Pour moi c'est quand même une faute importante au niveau de l'erreur médicale du médecin... Plus que l'erreur du vaccin... Ça, vraiment pour moi, c'est vraiment un manque de conscience professionnelle...
- *Tu gères comment vis-à-vis de la patiente, de la fille de la patiente ?*
- Ben, je lui dirais la vérité... Je ne serais pas très glorieuse (sourire) de dire « voilà, sur l'ordonnance du cardiologue, on a modifié les traitements... Et là, j'ai prescrit les vieux traitements ». Voilà, je pense que je vais m'excuser et dire que je n'avais pas vu la lettre du cardiologue... Enfin, c'est pas une excuse... Et voilà, lui prescrire la nouvelle ordonnance du cardiologue. Mais lui dire que, effectivement, il y a une erreur de ma part et qu'elle a bien fait de me prévenir, parce que, finalement, sinon je n'aurais pas été au courant... Enfin, je ne sais même pas s'il aurait relu le dossier, en fait... Ou s'il les trie, je ne sais pas comment ça se passe... Finalement, heureusement qu'elle était là la fille parce que sinon la grand-mère elle aurait eu son mauvais traitement pendant X temps... [rire]... Voilà...
- **[lecture de la huitième saynète « examens complémentaires non lus »]**
- Donc, là aussi pour moi c'est une erreur de la part du médecin... Hyperthyroïdie, enfin, une hyperthyroïdie maligne ça peut évoluer super vite et être grave... Donc, je pense qu'il aurait dû prendre déjà rendez-vous avec la patiente, de base, ou la rappeler pour avoir les résultats... Enfin, pas la laisser dans la nature comme ça... Moi, je pense que je lui aurais dit de faire le bilan dans la journée, ou au pire le lendemain, et je l'aurais revue dans la foulée, ou au moins je l'aurais rappelée par téléphone... Je pense que c'est compliqué ça aussi... Idéalement c'est ce que je ferais... Pour moi, c'est une erreur grave... C'est comme s'il avait... Enfin, c'est une situation différente mais c'est comme s'il avait une patiente sous AVK et il remarque que l'INR est à 12 cinq jours après, c'est grave... Non, pour moi, il y a une erreur, il y a une grosse erreur... Mais après, oui, c'est compliqué, mais je pense que c'est nécessaire que face à des situations comme ça, de bien blinder la situation, et de dire « eh bien voilà, on se revoit à telle date », on a le rendez-vous qui est pris, et comme ça, la patiente elle ne part pas dans la nature. Même si je ne pense pas la rappeler, elle a rendez-vous à telle date et on aura les résultats. Et si elle n'a pas fait la prise de sang, eh bien tant pis, elle va à l'hôpital ou, j'en sais rien, elle fait la prise de sang tout de suite, maintenant, juste à côté ou je sais pas... Mais lui dire « oui, vous prenez rendez-vous, on se revoit machin » c'est lui laisser un peu... Je suis peut-être un peu trop paternaliste, mais c'est trop laisser les rênes et peut-être qu'elle ne s'est pas rendue compte que ça peut être grave l'hyperthyroïdie... Et voilà, je pense qu'il aurait fallu un peu plus barricader la situation, lui mettre un rendez-vous systématique, elle se serait sentie obligée de faire le bilan avant... Même si, a priori, elle l'avait fait dans les temps...
- *A priori, oui... C'est juste qu'elle n'est pas revenue avec son père...*
- Ouais. Le rendez-vous il n'était pas pris ?
- *Non*
- Ouais, donc... Et si elle n'était pas venue au rendez-vous, je l'aurais appelé... Enfin, je pense que ça dépend des médecins d'appeler les patients qui ne viennent pas au rendez-vous... Je pense que j'aurais essayé de faire ça...
- *Hum, hum...*
- Après, c'est compliqué, parce qu'aux urgences le bilan on l'aurait fait tout de suite... Et me dire

« voilà, on se laisse un jour sur une hyperthyroïdie », moi ça me paraît aberrant, déjà, de base... Donc, je ne sais pas... Je pense que de toute façon, je vais descendre de tout ça quand j'irai chez le Prat, parce qu'il y a beaucoup de choses qu'on temporise, alors qu'aux urgences on fait tout maintenant, tout de suite... Mais l'hyperthyroïdie, enfin... Moi je l'aurais envoyé aux urgences... Ou au moins, je lui aurais donné un rendez-vous pour le lendemain avec le résultat du bilan...

- *Comment tu gères vis-à-vis du papa de la patiente et de la patiente ?*

- Je le rappelle, de toute façon, je les rappelle tout de suite, je leur dis de venir au cabinet. Je leur donne un rendez-vous tout de suite et je leur dis que voilà, j'ai eu les résultats, même si c'est cinq jours après et qu'effectivement il y a une hyperthyroïdie et qu'il faut faire un bilan complémentaire, introduire des traitements etc... Voilà, si eux me font la réflexion « vous avez vu que maintenant le bilan, alors que ça fait cinq jours »... Voilà, c'est pareil je suis un peu mise en porte-à-faux... Ça va difficile, mais il faudra leur dire « oui, je n'ai pas regardé ma boîte mail, ou... »... On peut passer pour un médecin bas de gamme. Mais en même temps c'est ce qui s'est passé. Je pense qu'il n'a pas été assez consciencieux. Il n'a pas été assez sérieux dans ses... Il n'a pas assez blindé la situation, c'est sûr... Pour moi c'est grave...

- *Et ça un impact sur toi ?*

- Ah oui, si je me rendais compte que j'avais fait une erreur comme ça... Là, je pense qu'il faudra que je sois à moitié en burn-out pour laisser une patiente comme ça dans la nature... Je sais pas... Oui, je remettrais vraiment en cause mes pratiques... Enfin, j'ai laissé partir comme ça une patiente dans la nature ; je regarde pas son bilan alors qu'elle l'a fait ; elle me l'a envoyé dans les temps ; après elle n'a pas pris rendez-vous mais voilà ça arrive à plein de patients... Et voilà, j'ai pas assuré... C'est une perte de chance pour elle, si elle avait fait un truc grave, une tachycardie ou je sais pas quoi... Donc oui, je pense que je me remettrais vraiment en question : « est-ce que là je ne fais pas n'importe quoi ? Est-ce que c'est pas trop pour moi ou j'en sais rien ? Qu'est-ce qui se passe pour que j'en arrive à laisser passer des choses comme ça ? »... Enfin, j'espère que ça ne m'arrivera pas de faire ça, comme la situation d'avant... La situation d'avant, je pense qu'elle est plus fréquente que celle-ci. Celle-ci elle me paraît plus grave...

- *Hum, hum...*

- Non, mais oui, c'est sûr, que je me remettrais en question...

- *Je passe suivant ?*

- [Affirmation de la tête]

- **[lecture de la neuvième saynète « interactions médicamenteuses »]**

- Ouais... Là, c'est une mauvaise connaissance du médicament. En même temps, on n'a pas le temps de regarder... Il faudrait, hein... à chaque fois sur le Vidal les interactions de chaque médicament. C'est une erreur, oui, mais après, est-ce qu'elle remet en cause ma pratique médicale ? Oui, en tant que médecin, mais pas en tant que personne...

- *Hum, hum...*

- Je me dirais « oui, il faut que je sois plus attentive. Il faut que je regarde vraiment les interactions des médicaments quand ils en ont plusieurs ». Mais voilà, ça n'aurait pas un retentissement vraiment majeur où je me dis « qu'est-ce que je fais ? Je déconne complètement. Je laisse passer des choses qui ne devraient pas être ». Là, c'est de ma faute, effectivement... Enfin, elle a des vertiges, c'est pas non plus une erreur très... Elle fait des hypoglycémies (rire)... C'est grave aussi mais, je veux dire que j'aurais dû regarder les effets indésirables des médicaments mais ça, on n'a pas forcément le temps à chaque fois... Mais je pense que c'est un petit avertissement, où on se dit... Enfin, elle avait l'air bien, elle a juste des vertiges et des petites hypo, elle a pas l'air d'être dans le coma... Mais c'est un petit avertissement où on se dit « ah, il faut que je fasse plus attention. Que je regarde vraiment les interactions, etc. »

- *Comment tu gères vis-à-vis de la patiente ?*

- Oh tu sais, je dis tout le temps les choses. Je vais lui dire « oui, eh bien voilà, sur le Vidal, le dictionnaire des médicaments, on peut voir que le médicament que je vous ai donné pour la mycose buccale, ça peut aussi interagir avec votre médicament du diabète et ça peut avoir comme effet des vertiges et diminuer votre taux de sucre dans le sang. C'est des interactions ». Et voilà... Enfin, lui expliquer que c'est à cause de ça qu'elle a ses vertiges, ça va la rassurer en même temps quelque part... Et que voilà, je ne savais pas... Et que maintenant voilà, on le sait... [rire]... J'aurais dû peut-être faire plus attention, mais... Mais euh, voilà, je pense que c'est difficile de regarder à chaque fois pour tous les médicaments... Peut-être pour les grosses pathologies, le faire à chaque fois... Mais c'est vrai que je ne le fais pas... ben, on n'a pas le temps, surtout quand on prescrit pas un nouveau médicament, enfin la fungizone, on a l'impression que c'est un peu anodin comme médicament ; c'est pas comme si on prescrivait un gros truc, un antibiotique ou un truc particulier. Moi, j'aurais pas regardé, je pense. Je l'aurais faite cette erreur je pense... Après, ça dépend si c'est une consultation d'une demi-heure, peut-être que j'aurais pris le temps de regarder est-ce que fungizone réagit avec les sulfamides... Bah voilà, c'est comme quand je prescris du Tiorfan, enfin, je ne sais même pas si ça a des interactions chez des gens qui sont sous AVK, enfin je ne pense pas mais... Mais je ne regarde pas, j'ai tort. Mais je ne fais pas attention. Je ne regarde pas systématiquement pour les médicaments que j'utilise tous les jours les contre-indications avec les autres médicaments. Et ça c'est une erreur... C'est sûr... Il faudrait le faire. Il faudrait faire... [rire]

- *[rire] il faudra que je t'appelle après le stage chez le Prat...*

- Pourquoi ?

- *Pour savoir si tu as modifié ta manière de faire ou pas. Ça peut être intéressant... C'est pas le thème du tout de ma thèse mais ça aurait pu être comme ça... [rire]*

- Tu trouves que c'est naïf tout ce que je dis ?

- Non, non c'est pas naïf.

- Mais les autres que tu as interrogés ont tous fait leur stage chez le Prat ?

- *J'en ai interrogé certains qui n'avaient pas fait leur stage chez le Prat. Mais de toute façon tout le monde gère de manière différente, c'est assez rigolo... On en reparle après si tu veux...*

- D'accord

- *Je passe au suivant ?*

- Vas-y, vas-y...

- **[lecture de la dixième saynète « allergie médicamenteuse »]**

- Donc là, la question qui se pose c'est comment a été fait l'interrogatoire initialement. Est-ce qu'il avait bien fait son interrogatoire ou pas. Parce que c'est bizarre... Ou alors c'est peut-être qu'il la suit depuis longtemps, que l'allergie s'est déclarée après et qu'elle n'en a jamais parlé... Mais, après il faudrait peut-être demander en systématique quand on prescrit des antibiotiques, surtout de l'amox « est-ce que vous êtes allergique à l'amoxicilline ? ». Moi, j'essaie de le faire... Parfois... Mais je ne le fais pas systématiquement. Souvent, mon interrogatoire je fais de manière systématique « est-ce que vous avez des allergies ? Machin machin » et à la fin quand je prescris des antibiotiques, souvent pour l'amoxicilline je demande « vous êtes bien pas allergique à l'amoxicilline ? ». Mais enfin, pas tout le temps... Vraiment pas tout le temps... Mais peut-être qu'il faudrait... Enfin, d'après ce cas il faudrait le faire à chaque fois puisque, voilà, lui il était pas au courant. Est-ce que c'était son interrogatoire qui était mal fait dès le début ? Ou est-ce que l'allergie s'est déclarée après et qu'elle lui a jamais dit ? Encore une fois, merci au pharmacien. Est-ce qu'il a eu vraiment une erreur ? Il aurait dû lui demander « vous êtes bien pas allergique à l'amoxicilline »...

- *Ça te paraît grave, moyen grave, pas grave ?*

- Mais si, elle aurait pu mourir, la patiente. C'est vraiment grave. Mais après, penser à dire cette phrase à chaque fois « est-ce que vous n'avez vraiment pas d'allergie à l'amoxicilline ? » quand tu as rempli tout ton dossier et que tu vois qu'il n'y a pas d'allergie. Non, c'est vrai qu'il faut le faire... Il aurait dû le faire... Il aurait dû lui dire « vous n'avez vraiment pas d'allergie à l'amoxicilline ? »... Mais oui, c'est une erreur grave... Mais

- après, je pense qu'elle aurait été encore plus grave si dans son dossier il y avait marqué « allergie à la pénicilline ». Quelque part, c'est grave mais c'est plutôt par négligence puisqu'il ne lui a pas demandé. Dans ce dossier il y a marqué « pas d'allergie », c'est pas comme s'il y avait marqué « allergie à la pénicilline » et voilà, hop, il prescrit de l'amox. Pour lui, elle n'avait pas d'allergie. Alors, il aurait fallu se blinder en plus et lui demander « je sais que vous n'avez pas d'allergie. ». Après, chez le Prat peut-être qu'on le fait de manière plus systématique, enfin je ne sais pas... En même temps les antécédents ça se modifie tout le temps, alors que nous quand on est à l'hôpital, on est à un instant T et c'est l'antécédent, tout ce qui s'est passé. Alors que vous, quand vous voyez les patients une fois par an, régulièrement il y a d'autres antécédents qui s'intercalent. Donc je pense qu'il y a des moments où on fait des check-points, où on demande « est-ce qu'il s'est passé des trucs ? ». Donc peut-être que ça, il ne l'a pas fait. Après c'est vrai qu'à l'hôpital j'essaie de le faire parfois, parfois... Je ne le fais vraiment pas souvent en tout cas...
- *Est-ce que ça a un impact sur toi ?*
- Oui, mais ça a un impact... Pour moi, la situation a un impact modéré parce que si mon interrogatoire a été béton, enfin, je n'aurais pas repensé à cette patiente des jours et des jours comme le patient avec son arthrite. Je vais juste me dire « maintenant quand je prescris de l'amoxicilline, il faut vraiment que je demande à la fin quand je fais mon ordonnance s'ils ne sont pas allergiques à l'antibiotique » en donnant le nom de la molécule. Peut-être que voilà, il avait marqué Clamoxyl, et elle n'a pas tiqué. Et en mettant le nom générique... En rajoutant une couche, en fait... Après, voilà, heureusement qu'il y a les pharmaciens et qu'elle n'a pas fait un œdème de Quincke. Donc, voilà, c'est une histoire qui se termine bien. Si elle s'était mal terminée, ça aurait eu un impact un peu plus important. Mais, finalement, la conséquence aurait été la même, à la fin de chaque consultation au niveau de l'ordonnance de bien dire « si vous êtes bien pas allergique à tel machin, à tel produit ». Du coup ça entraîne un changement au niveau de la pratique, je pense, quand une situation comme ça nous arrive... Même là, ce test que tu me fais, je me pose des questions, je me dis « voilà, c'est vrai, il faut que je dis ça. Il faut que je fasse ça »
- *Comment tu gères vis-à-vis la patiente ?*
- J'essaie de comprendre où se situe l'erreur, en fait. Est-ce que quand j'ai demandé est-ce qu'elle avait des allergies, elle n'avait pas compris ? Est-ce que je n'avais pas assez expliqué « allergies médicamenteuses » ? Est-ce que c'est une allergie qui est apparue après ? Ou alors est-ce que Clamoxyl elle a vu, et elle n'a pas pensé que c'était l'amoxicilline ? Voilà, j'essaie de savoir où se situe l'erreur. Et après, effectivement, si c'est moi... Enfin, du coup je pense que ça vient moi... Si c'est un problème dans l'interrogatoire initial, là je me pose des questions : comment bien formuler mon interrogatoire ? Et si c'est une allergie est apparue secondairement, me dire que peut-être à chaque fois que je vois un patient lui demander automatiquement « est-ce que vous n'avez pas eu de nouveaux antécédents, de nouvelle allergie ? ». Et sinon... Non, voilà je vais lui expliquer que voilà, je ne savais pas, que je n'étais pas au courant, et qu'après, effectivement, je ne l'avais pas demandé à la fin de la consultation si elle n'était pas allergique. Et que ça oui, c'était de ma faute. Mais voilà, pour moi, elle était notée sans allergie et je vais essayer de comprendre pourquoi. Heureusement que le pharmacien était là... (sourire)... C'est bon...
- *Alors c'est les deux dernières. [lecture de la onzième saynète « consultation par téléphone »]*
- Donc, je pense que là, son interrogatoire au téléphone n'a pas été assez détaillé... On ne sait pas s'il a eu des diarrhées, des vomissements, on sait qu'il buvait bien ses biberons. Mais après ça ne veut rien dire... Moi, ce que j'ai appris aux urgences pédiatriques... Avant aussi, je demandais s'il buvait bien ses biberons, mais en fait, on quantifie, combien il boit d'habitude, est-ce que si c'est des biberons de 200 et qu'il boit 50, il boit ses biberons mais en fait il ne les boit pas bien. Je pense qu'il a fait une erreur à ce niveau-là, déjà. Et savoir ce qu'elle lui donnait, déjà est-ce qu'elle avait essayé des médicaments ? Est-ce qu'elle avait du Tiorfan, est-ce qu'elle avait du SRO ? On aurait dû lui demander ça. Est-ce qu'elle le trouvait plus fatigué ? Est-ce qu'il avait de la fièvre ? Comment il était ? Est-ce qu'il avait les lèvres très sèches ? Et voilà, est-ce qu'il était vraiment fatigué ? Pour essayer de rechercher des critères de gravité, en fait, de déshydratation, par téléphone. Après, ça évoluait depuis quand ? Depuis le jour même ? Non, ça faisait longtemps que ça traînait son histoire de gastro à l'enfant ou...
- *Non, quand la maman appelle au cabinet, ça a débuté le matin...*
- Hum... Donc c'est compliqué... Là, sur ce qu'elle me dit, je ne lui aurais jamais dit d'aller aux urgences, mais après, quand je la vois le matin, effectivement, si l'enfant est complètement déshydraté... Là, je me dis « voilà, j'aurais dû aller un peu plus loin dans l'interrogatoire ». En plus, la maman ne se rend pas compte de l'état de son fils. En fait, elle ne se rend pas compte que cliniquement il est grave, qu'il est complètement déshydraté et que là, il peut mourir... Donc... Qu'est-ce que... C'est difficile, il était au téléphone, il avait 15 consultations en retard... Tu n'as pas le temps de répondre bien... C'est sûr que si elle dit « oui, il boit bien ses biberons, il a pas... » et qu'elle ne décrit pas de diarrhées profuses, etc., et qu'elle nous dit juste « il boit bien ses biberons », on fait « Ah, OK, bah venez demain ». Il a bien agi dans ce sens-là, mais il aurait dû essayer de quantifier qu'est-ce qu'il buvait, quelle quantité, les diarrhées, combien de diarrhées, combien de vomissements, est-ce qu'il mange à côté ou pas... Est-ce que c'est de l'eau, la quantité des selles, etc.... C'est compliqué de faire ça au téléphone... Mais, je pense que c'est ce qu'il aurait dû faire, il aurait pas... Enfin, il n'allait pas lui dire « oui, allez aux urgences tout de suite »... Ou peut-être, si on se sent vraiment trop overbooké de dire « écoutez, je ne peux pas vous répondre. Appeler SOS-Médecins. Il y a toujours des médecins 24h sur 24 qui peuvent venir chez vous. Ou allez dans une maison médicale de santé. Je ne pense pas qu'il ait besoin d'aller aux urgences. Mais peut-être qu'il a besoin de voir un médecin maintenant ». Ou même, si on est vraiment trop surbooké, on dit « voilà, je ne peux pas vous répondre. Appelez SOS-Médecins, ils vous donneront un conseil », plutôt que de faire les choses à moitié. Mais c'est compliqué, aux urgences aussi on donne des conseils par téléphone aux patients, on est dans des boxes avec d'autres patients qui sont pas bien et on se retrouve à répondre à des gens qui nous parlent de gastro, de conjonctivite, d'éruptions cutanées... C'est difficile une éruption cutanée de leur dire de pas venir, on se dit toujours que c'est un purpura ou je sais pas quoi... Mais oui, c'est difficile de faire des consultations par téléphone. Donc là, je ne sais pas ce que j'aurais fait à sa place. Si je me sentais vraiment trop fatiguée, ou trop overbookée, et que je n'avais pas le temps de lui répondre, je pense que je lui aurais dit d'appeler SOS-Médecins. Ou si j'avais le temps, là c'était pas le cas, peut-être détailler un peu plus l'interrogatoire. Et de toute façon, après l'interrogatoire, à priori il aurait dit d'appeler SOS-Médecins parce qu'il y avait des signes de gravité. Et puis s'ils n'étaient pas joignables, d'aller aux urgences...Hum...
- *Comment tu gères vis-à-vis de la maman ?*
- Ben je pense que quand elle l'emmène le matin, elle a pas l'impression de se rendre compte qu'il est déshydraté, là. Donc je vais déjà, enfin, je vais la faire stresser un petit peu : lui expliquer que c'est grave, qu'elle soit vigilante aux signes de déshydratation... Que voilà, c'est grave chez les petits, qu'ils peuvent mourir de déshydratation... Que voilà, il faut être vigilante dès qu'il ne boit plus, dès qu'il a des diarrhées importantes, dès qu'il a les lèvres sèches, qu'il a des cernes, il faut tout de suite consulter. Voilà, c'est ces conseils-là que je lui donnerais, et vu l'état clinique de l'enfant je pense que je l'envoierais aux urgences. Il a l'air complètement déshydraté. Et donc, je lui expliquerais ça. Et si elle me dit « pourquoi vous ne m'avez pas reçu hier soir ? »... Je lui ferais « bon, écoutez, quand je vous ai eu au téléphone son état ne me paraissait pas grave. Mais après, peut-être que j'ai fait une erreur d'appréciation. Peut-être qu'il ne buvait pas si bien ses biberons, peut-être qu'il avait des selles très importantes. Mais quand vous m'avez donné toutes ces informations il n'avait pas l'air très inquiétant. Mais assez quand même, pour que je le vois rapidement, puisque je l'ai vu ce matin. Et voilà, là je trouve vraiment très déshydraté, il faut qu'il aille aux urgences pour qu'on essaye de le réhydrater soit par la bouche soit par perfusion ». Je pense que c'est ce que je lui dirais...Hum...
- *Hum, hum... Ça a un impact sur toi ?*
- Oui, parce que je pense que je rentre chez moi en me disant « c'est bon, j'ai géré une gastro au téléphone ». Et le lendemain, je vois arriver un enfant complètement déshydraté. Là je me dis « je suis passée à côté de quelque chose quand même. Dans le flot de ma journée, j'ai cru que c'était réglé. Et en fait, pas du tout, il était très grave cet enfant, et je suis passée à côté ». Donc là, je pense que je me dis « voilà, quand je me sens... Voilà, j'envoierai vers SOS-Médecins. Il ne faut pas que je m'amuse à faire les choses à moitié. Si je ne me sens pas capable de faire un bon interrogatoire téléphonique, que je les envoie ailleurs... ». Autant faire les choses bien, que à moitié. Et après, je pense que c'est compliqué quand on a plein de patients qui nous appellent tout le temps. Et si on leur dit d'appeler SOS-Médecins, peut-être qu'ils n'appelleront pas. Ils

- préfèrent nous avoir nous au téléphone. Mais heu... Mais oui, enfin, je pense que ça m'aurait mis un petit coup au moral pour débiter la journée. [sourire]
- *Est- ce que tu vois des choses qui peuvent être mises en place, ou que tu changerais dans ta pratique si tu étais dans ce cas-là ?*
 - Ben là, dans ce cas-là, je pense que j'aurais fait soit un bon interrogatoire au téléphone, soit, comme je te dis, je l'aurais réorienté vers une maison médicale ou SOS-Médecins, ou si j'avais des signes de gravité, directement aux urgences. Et qu'est- ce que j'aurais pu changer d'autre ? Je ne vois pas... Le matin, quand il arrive pour me voir, il a l'air complètement déshydraté. Donc là, de toute façon il va aller aux urgences. Peut- être que j'aurais dû donner des conseils téléphoniques à la maman mais euh, si elle n'a pas de traitement à la maison c'est un peu compliqué. Mais d'après ce qu'elle me dit, il n'avait pas l'air d'avoir des diarrhées très profuses et il buvait bien. Je n'avais pas de quoi m'inquiéter, initialement. Non, peut- être que je lui aurais dit « si vous avez l'impression qu'il se vide pendant la nuit, aller aux urgences, n'attendez pas »...
 - *Hum, hum...*
 - Mais euh, sinon, non... C'est bon... [rire]
 - *Alors, je passe suivant [lecture de la douzième saynète « le confrère »]*
 - Donc là, pour moi, c'est un peu le même cas que la dernière fois où il n'avait pas pris de nouvelles du patient.
 - *Hum, hum...*
 - C'est parce qu'il savait que le patient est avec le pneumologue... Enfin, il l'a eu au téléphone? Je ne sais plus...
 - *Oui, il a eu le pneumologue au téléphone*
 - Et le pneumologue lui a dit « je vous le réoriente pour qu'en gros, vous lui expliquez qu'il a peut- être un cancer » déjà voilà... En même temps, c'est peut-être le médecin généraliste qui connaît mieux les patients, donc c'est peut-être à lui de faire les annonces un peu de mauvaises nouvelles, mais heu... Je pense que le médecin traitant aurait dû rappeler le patient
 - *Hum, hum...*
 - Que voilà, encore une fois, peut-être que le patient n'a pas compris la gravité de la situation. Peut- être que le pneumologue a utilisé des termes techniques et que le patient n'a pas du tout capté « oh, il y a un petit truc ici. D'accord, quand j'aurai le temps, j'irai faire des examens ». Mais peut- être qu'il n'a pas compris que c'était grave. Et en plus, plusieurs semaines après, on reçoit le compte-rendu du pneumologue ! Donc, même si on avait oublié, on a quand même une piqûre de rappel, où on devrait se dire « bon bah mince, je l'ai oublié. Je le rappelle maintenant »... Il ne le fait pas, en fait... Donc pour moi, c'est grave. Pour moi c'est très grave, ça... Même si je pense que ça arrive, parce qu'on n'a pas le temps. Mais pour moi, il y a vraiment un retard dans la prise en charge du patient. Et peut-être que le patient, il va mourir à cause de nous. Peut-être qu'il était curatif, et que maintenant il est palliatif, juste parce qu'il y a un retard de diagnostic de un mois et demi. Donc pour moi, c'est grave... Et est- ce que ça a un impact sur ma pratique ? À ça, je pense que ça un très très gros impact sur ma pratique ! De me dire que... Mais je pense que ça, ça va avec l'âge, ça ira mieux après, mais bon... De me dire qu'à cause de moi, parce que j'ai mal pris en charge un patient... peut- être qu'il va mourir à cause de moi, en fait. Mais c'est horrible ! Que je n'ai pas rempli mes obligations... C'est de ma faute... Enfin là, vraiment, je le prends pour moi, vraiment... Que le pneumologue, enfin... Peut- être qu'il lui a dit de revenir me voir. En tout cas, il me l'a dit à moi, le pneumologue, qu'il fallait qu'il revienne me voir ! J'ai reçu son compte rendu ! Je pense que, oui, il aurait fallu que je me rappelle...
 - *Donc ça a un impact sur toi. Ça a un impact psychologique ?*
 - Oui
 - *Et au niveau de ta pratique, est- ce que tu modifies quelque chose ?*
 - La, c'est pareil, pour moi c'est une faute professionnelle de... D'un manque de conscience professionnelle, c'est pareil... C'est pareil, je vais me remettre en cause, me dire « qu'est-ce qui m'est arrivé ? Pourquoi j'ai laissé passer ça ? ». Enfin voilà, c'est encore plus grave que ce qu'on a vu jusqu'à présent... « Comment j'ai pu arriver à ce stade-là ? »... Enfin, le patient, il a déjà une dysphagie, alors qu'il avait juste un petit épaississement... Et que là, voilà, à cause de moi, on a vraiment un retard diagnostic... Et au niveau de ma pratique, je vais me dire que oui, effectivement, les appels... Mais, enfin, c'est ce que normalement je suis censé faire... Mais peut- être qu'on ne le fait pas, qu'on laisse trop de libre-arbitre au patient et que c'est à eux de venir, et qu'il y a plein de retard diagnostic comme ça... Mais moi je pense que je suis quand même responsable de la santé de mes patients, et que voilà, si je ne le fais pas... Pour moi, je ne remplis pas ma mission en fait...
 - *Hum...*
 - Parce que voilà, faire des vaccins, c'est bien gentil... Mais là, c'est quelque chose de grave... Je ne remplis pas ma mission de professionnel de santé... Non, pour moi c'est grave, comme erreur... C'est une faute ultime [sourire], ou je ne sais pas... C'est très grave...
 - *Et comment tu gères vis-à-vis du patient ?*
 - ... Je pense que là, je ne vais pas lui dire... Je ne vais pas lui dire que s'il avait consulté un mois plus tôt, peut- être que [sourire]... Enfin, je ne sais pas si là il va être en palliatif... mais je pense que je ne vais pas lui dire... C'est horrible, de lui dire ça... Je reprends la chronologie des événements « oui, vous avez consulté M. machin pour des ganglions. Lui, ça l'a plutôt rassuré »... je vais voir ce qu'il a compris, en fait, déjà... « Oui, vous avez vu le pneumologue, qu'est-ce qui vous a dit, etc. ? Là vous venez parce que vous avez du mal à respirer, enfin, pour manger. Qu'est- ce qu'il vous avait dit ? Moi, j'ai reçu un compte rendu. Il m'a dit qu'effectivement, il avait l'impression que c'était un petit peu épaissi au niveau de l'œsophage, le tuyau pour manger. Je pense qu'il faut qu'on fasse d'autres examens pour comprendre pourquoi vous avez du mal à manger aujourd'hui, pourquoi ça a du mal à passer, etc. » et puis voilà... S'il me dit « est- ce que ça peut être grave ? », Je lui répondrais « oui, ça peut être grave »... Mais je pense que je serais très mal mais que je ne lui dirais jamais que... Enfin, c'est trop horrible de lui dire ça... Autant les autres, c'était de ma faute aussi, mais je pense qu'on pouvait leur dire la vérité, et que quelque part ça les aurait soulagés. Mais là je pense que si son pronostic vital est vraiment engagé et qu'il est au stade palliatif à cause de moi, enfin, c'est horrible... On peut pas lui dire « c'est de ma... » Enfin, c'est même pas vis-à-vis de moi, en fait. Bon après, peut-être qu'il va me faire un procès ou quoi que ce soit. Mais c'est vis-à-vis de lui, de se dire que s'il était venu plus tôt peut-être qu'on aurait pu le sauver et qu'en fait peut- être qu'il va mourir parce qu'en fait c'est de ma faute et que je n'ai pas fait mon travail. Mais ça, à la limite c'est accessoire, c'est juste qu'il a eu un mois et demi... Parce que lui aussi il va se culpabiliser, il va se dire « peut- être que j'ai mal compris, peut- être que j'aurais dû venir avant ». Je pense que je ne lui dirai pas...
 - *L'impact que ça a sur toi, tu en parles autour de toi ? Tu le gardes pour toi ? Comment ça se passe ?*
 - Ah non, je pense que j'en parle...
 - *Tu en parles à qui ?*
 - Ben, j'en parle à mon compagnon déjà. Il est en médecine, il est en radio... Enfin, je parle beaucoup de mes patients de toute façon avec lui, qu'il y ait des problèmes ou pas forcément. Mais ça, je pense que je lui en parle. Je pense que j'en parle à d'autres amis à moi médecins... Je ne pense pas à des personnes du domaine non médical, en tout cas...
 - *Hum, hum...*
 - Mais oui j'en parle... Peut- être pour qu'on me rassure, quelque part... Même si je sais que c'est moi la fautive, mais pour qu'on me... C'est ça, en fait, que je vais rechercher, qu'on me dédouane quelque part, qu'on me rassure qu'on me dise « non, il aurait dû reconsulter, c'est de sa faute, c'est pas toi » même si je pense que c'est de ma faute... Je pense que c'est ça que je vais rechercher en en parlant aux autres gens... Je ne vais pas attendre de solutions. C'est quoi la solution ? Enfin, que j'aurais dû le rappeler dès que j'ai eu le coup de fil, dès que j'avais eu le pneumologue au téléphone. C'est ça la solution... Je pense que je vais en parler juste pour me rassurer et avoir du soutien, en fait... Mais je pense, que quand ça ça arrive... Je pense que c'est un coup dur dans une carrière... Enfin, je ne sais pas si ça arrive fréquemment mais je pense que ça serait un coup dur, en tout cas... J'espère que ça ne m'arrivera jamais, mais... Mais je pense que ça arrive, je pense que ça arrive assez souvent... Assez souvent, je ne sais pas, mais je pense que ça arrive... qu'on prend pas le temps, qu'on se dit « il faut que j'appelle M. machin » et que... Ça va tellement vite qu'on n'a pas forcément le temps de noter, qu'on se le garde dans un coin de la tête et qu'on oublie... Et que ça passe, et que voilà...
 - *Est- ce que tu as d'autres choses à rajouter ?*

- Non

- *Non. Est- ce que tu as déjà vu des événements indésirables ? Est- ce que toi, tu as vécu des situations, pas forcément qui ont un rapport avec ce que j'ai dit, mais qui toi t'ont marquées ?*
- Des événements indésirables, oui j'en ai déjà... eu des petits : où je me trompe de dose, où je prescris une mauvaise chose... Ça, ça m'arrive... Ça m'arrive, surtout au début... Mais, oui... Ensuite des événements indésirables graves, je réfléchis... Oui, j'ai vu, enfin, oui c'est grave... C'était un patient, qui avait une insuffisance rénale, il était venu aux urgences... Enfin, c'était mon premier stage... Je ne sais plus pour quel motif on avait découvert une créatinine élevée, mais euh, énorme. Je ne sais plus combien, enfin, à 600. On appelle le médecin traitant « non, pas d'antécédents, etc. ». C'était un patient âgé. Le fils du patient nous rapporte des anciennes bios. Et en fait, il avait la créatinine qui augmentait depuis trois ans... Petit à petit... Et le médecin traitant n'avait rien fait. Là, maintenant, il avait une insuffisance rénale terminale (sourire). Pour moi, ça c'était une faute ultime. Après, c'est difficile de dire au patient « retourner voir votre médecin traitant ». Pour moi... Je sais qu'on a une espèce de devoir de confraternité, mais... Pour moi c'était vraiment grave que le médecin soit passé à côté de ça. Enfin, je pense qu'il est peut-être mort... Et en plus, il avait des biologiques où on voyait les chiffres augmenter régulièrement, sûrement, tranquillement. Et voilà, il n'a jamais été alarmé par ça. Il avait tous les autres stigmates, tu sais : il avait une anémie, alors il lui donne du fer ; alors que c'était l'insuffisance rénale qui lui donnait l'anémie. Ouais, je sais pas... Moi, j'ai le médecin au téléphone et je lui ai dit « voilà, la fonction rénale est altérée ». Il m'a dit « moi, ça m'a pas inquiété ». Après, je ne l'ai pas dit « non, mais attendez ! Il y a quand même une insuffisance rénale qui est là, quasiment terminale. Qui évolue depuis trois ans ! ». Je ne lui ai pas dit mais voilà, ça m'a choqué... Donc ça, c'est quelque chose qui m'a vraiment marqué. Après, est-ce qu'il y a d'autres événements indésirables... Je pense, il y a des erreurs entre les patients, qu'on administre un mauvais traitement aux mauvais patients, des choses comme ça. Ou même, quand on se trompe de dossiers, qu'on écrit un mot dans le mauvais dossier. C'est des petits événements indésirables, mais c'est pas... Est- ce qu'il y a des choses qui m'ont marquées comme événement indésirable ?
- *Ça peut être des choses que toi, tu ne qualifierais pas d'événements indésirables. Peut-être quelque chose que tu as vécue ou que tes co-internes ont vécu, et que vraiment ça t'a touché. C'est pas forcément ce que toi tu qualifierais d'événements indésirables.*
- *Quelque chose qui serait de mon fait, ou du fait... Je réfléchis... Parce qu'il y en a plein des situations marquantes...*
- *Hum, hum...*
- *Mais là, en fait, on est toujours du côté du patient, événement indésirable pour le patient... Il n'y a pas d'événements indésirables, dans tout ce que tu dis, pour le médecin...*
- *C'est vrai*
- *C'est toujours dans l'autre sens... Par exemple, pour moi un événement indésirable, c'est quand j'ai un patient hyper-agressif à gérer aux urgences, et que je n'y arrive pas. Pour moi c'est un événement indésirable. Pour moi un patient qui réclame des soins, alors que pour moi, il n'en a pas besoin, et qu'il devient agressif, ça m'est déjà arrivé... Limite il voulait me frapper... Tout ça parce qu'il voulait une radio... C'était... Je ne comprenais pas, enfin... J'essayais de le raisonner, de rester calme, etc. Donc pour moi, c'était un événement indésirable.*
- *Et ça a été traumatisant ?*
- *Traumatisant, non. C'est juste que je ne vois pas ce que j'aurais pu faire d'autre, en fait. Après, j'ai appelé mon senior, parce que je ne m'en sortais pas, parce qu'il était violent, parce qu'il criait dans le couloir. C'est juste que là, je ne comprenais pas. J'ai pas compris pourquoi il s'était mis dans un état... Peut-être qu'il était fou... Mais oui, c'était pas très agréable comme journée. Tu as plein de monde aux urgences, et tu passes 1 heure avec lui, qui te hurle dessus... C'était un scanner en fait. Il avait eu un petit trauma de la mandibule. Il avait eu des radios. Et j'avais demandé un avis à l'O.R.L., qui m'avait dit « voilà, je lui fais faire un scanner en externe ». Et lui, il voulait son scanner, tout de suite, maintenant... Mais c'était pas possible... J'ai essayé, j'ai appelé le scanner, mais c'était pas possible. Donc je lui ai fait l'ordonnance pour qu'il prenne rendez-vous. Mais non ! Il ne travaillait pas aujourd'hui, donc il voulait que ce soit fait aujourd'hui. Et voilà, il était imperméable, c'était impossible de trouver une faille. C'est un dialogue de sourds. Et voilà, il était agressif... Voilà, pour moi, c'était quand même un événement indésirable... Après, on ne m'a pas frappé, on ne m'a pas craché dessus... Mais c'était quand même un événement indésirable... Est-ce qu'il y a eu d'autres choses ? C'est sûr, qu'il y en a plein, mais après j'ai pas de situations particulières en tête...*
- *D'accord. Est-ce que, là le fait qu'on discute sur les événements indésirables, est- ce que ça modifié ta vision ? Enfin, tu l'as déjà un peu dit tout à l'heure...*
- *Oui, enfin, mes futurs pratique, je pense que oui... Je pense que c'est sûr : je vais faire plus attention aux interactions entre les médicaments, surtout les allergies aussi... Et après, tout ce qui est aussi patient perdu de vue alors qu'on devrait les revoir. J'espère que je ne ferai pas ça. Donc je pense que ça ne va pas modifier ma pratique parce que j'espère que je le ferai spontanément. Mais toutes les petites choses, le vaccin, enfin toutes les petites choses qu'on fait alors qu'on est overbooké et qu'on fait n'importe quoi... C'est pas majeur. D'injecter le vaccin, ça va me perturber pendant une journée et je vais me dire « merde, j'ai fait n'importe quoi ». Mais enfin, je ne vais pas me dire « il est mort à cause de moi »... Donc oui, je pense que le niveau des allergies ça va changer ma pratique... Et les interactions aussi... Et après, peut-être qu'il y a d'autres choses que je ne sais pas...*
- *Est-ce que pendant tes études, tu trouves que tu as été suffisamment sensibilisée vis- à- vis des événements indésirables ? Est- ce que tu as eu des cours ? Est- ce que dans les services que tu es passé, on en a discuté ?*
- *Non, on n'en a jamais discuté dans les services. Est- ce que j'ai eu des cours ? Ça ne m'a pas marqué en tout cas. Et c'était quoi la troisième question ?*
- *Est- ce que tu as été suffisamment sensibilisée ?*
- *Je pense que non. En même temps, c'est tellement vaste que ça peut être tout et n'importe quoi...*
- *Est- ce que tu as une idée pour modifier les études pour que ça rentre en ligne de compte ?*
- *C'est compliqué, c'est trop vague... parce que là on pourrait les classer en plusieurs catégories, tes événements indésirables. Les plus marquants, je trouve, c'est celui où le médecin est en cause, où il n'a pas bien suivi ses patients, où il n'a pas bien fait... Voilà, où il est vraiment en cause... Donc là, je pense qu'il faudrait orienter en médecine générale... Plutôt nous dire quoi faire, en fait. Quant un patient, on est au courant qu'il a un cancer, j'en sais rien, ne pas laisser partir dans la nature. Hop, le remettre dans le circuit. L'appeler, ne pas le laisser partir. L'hyperthyroïdie, hop, se mettre des consultations de réévaluation le lendemain... Des petits trucs pratiques... Mais peut-être, que ça on l'apprend chez le Prat... Par contre, en théorie je ne vois pas ce que l'on pourrait changer...*
- *Tu as des remarques ? Des réflexions ?*
- Non
- *Merci.*

Entretien 7 (0h56)

- Alors, moi je m'appelle Émilie. J'ai terminé mon internat il y a deux ans maintenant. Je suis à Paris V. Et voilà je t'interroge pour ma thèse sur « les événements indésirables vu par les internes de médecine générale ». Alors, présente- toi...
- Alors moi, je m'appelle O. Je suis en cinquième semestre d'internat. Je veux faire de la médecine générale en cabinet de ville. Voilà, le semestre prochain je fais un SASPAS. Et ensuite, je pense enchaîner sur des remplacements.
- Et tu as fait quoi déjà comme stage ?
- Alors, j'ai fait médecine interne en hôpital de jour en premier semestre. Ensuite j'ai fait un stage aux urgences dans le même hôpital. L'hiver d'après, j'ai fait de la gériatrie. Ensuite j'ai fait un stage chez le Prat. Et puis là, la pédiatrie...
- Tu es à quelle fac ?
- Je suis à U.
- D'accord. Alors, c'est un entretien semi directif, c'est-à-dire que je vais te poser des questions, mais c'est surtout toi qui vas parler, tu vas me dire ce que tu en penses, etc. Ça sera anonyme, c'est-à-dire que je ne mets pas ton nom et que les choses trop reconnaissables j'élimine. Il n'y a pas de jugement, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Aujourd'hui nous sommes le 24 mars et on est dans ton service en pédiatrie. Alors, pour toi qu'est-ce que c'est qu'un événement indésirable ?
- C'est un effet qui est censé ne pas arriver mais qui arrive quand même, du fait d'une substance, ou d'une situation. Et on essaye à tout prix de l'éviter, si possible.
- Est-ce que tu peux rentrer un peu dans les détails : substance ou situation ?
- Par rapport à un effet indésirable de médicaments, par exemple ?
- Par exemple un médicament...
- Un effet indésirable de médicaments, par exemple, c'est un effet qui n'est pas recherché par le médicament. Bon, il y a des effets indésirables pas graves, par exemple l'Augmentin qui donne la diarrhée, bon... C'est pas très grave... Après, il y a des médicaments qui peuvent donner des effets indésirables plus ou moins graves... Je sais pas moi, par exemple des troubles du rythme...
- Et une situation ?
- Une situation... Bah, ça peut être une situation aux urgences. Par exemple, ça se passe mal avec les parents d'un petit ou avec un patient qui s'énerve, voilà... Quand on en vient aux mains, c'est un événement indésirable.
- C'est quoi pour toi la définition d'erreur médicale ?
- Une erreur médicale... Pour moi c'est une erreur faite par le praticien, qui peut être indépendant ou non de sa volonté. Par exemple, il a prescrit une mauvaise dose de médicament, il a injecté un médicament qu'il ne fallait pas, il s'est trompé entre l'identité de deux patients, c'est assez vaste en fait...
- Hum, hum... Je vais te donner différentes définitions de l'événement indésirable et toi tu me diras ce que tu en penses
- Celle qui est la plus appropriée ?
- Pas forcément... Alors celle du ministère de la santé « un événement indésirable c'est l'ensemble des événements non désirés liés aux soins »
- C'est un peu flou comme définition [rire]... C'est même très flou...
- Hum, hum...
- Ça ne veut pas dire grand- chose. Enfin, tu peux l'interpréter un peu comme tu veux, quoi...
- Hum, hum... Alors, la définition de l'OMS : « un événement indésirable c'est un incident qui entraîne une atteinte pour le patient, atteinte découlant de ou associée à des projets formulés ou des mesures prises pendant que les soins ont été dispensés et qui ne résulte pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacente. »
- Voilà, là, c'est déjà beaucoup plus précis. Ça me va mieux comme définition... peut-être un peu compliquée dans sa formulation... Mais ouais, ça me va beaucoup mieux que la première...
- Et la troisième, c'est la définition d'une étude qui s'appelle l'étude ESPRIT, qui a été réalisée en ville en 2013 « un événement indésirable c'est un événement ou une circonstance associée aux soins qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné une atteinte pour le patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau ».
- Ça c'est encore mieux, ouais...
- Pourquoi ?
- Parce que déjà c'est clair, ce n'est pas une définition compliquée. Et puis cela reflète bien ce que ça apporte au patient en fait, l'effet indésirable. Et le fait qu'on ne désire pas que ça se reproduise aussi, je pense que c'est important de le signaler aussi dans la définition.
- Alors, maintenant, je vais te lire des petites saynètes tu vas me dire si tu trouves qu'il y a un événement indésirable dedans, ce que tu penses de l'événement indésirable, si ça te paraît grave/pas grave/moyen grave. Et puis, comment tu gères vis-à-vis du patient ? Et ce que tu fais pour que ça ne se reproduise pas ? Rassure- toi, je te redirai tout ça si tu...
- Si j'oublie en cours de route [rire]...
- [rire]... **[lecture de la première saynète « répondre au téléphone devant un patient »]**
- Je dirais, un effet indésirable peu grave...
- Hum, hum...
- Rupture du secret médical. Sachant que, ouais, enfin pour moi, c'est un événement qui peut arriver tout le temps. On est en pleine conversation au téléphone, ça part tout seul, et effectivement, oui, on n'a pas pensé qu'il y avait le patient en face. Après, il n'a pas l'air d'avoir de mauvaises intentions, le patient en face mais, peut-être que s'il va voir la patiente à l'hôpital et qu'il tombe sur la famille de Mme A, ils ne seront peut-être pas très contents de savoir qu'il est au courant alors que ce n'est pas quelqu'un de proche. Mais, je dirais quand même que c'est un effet indésirable peu grave. Ça n'apporte pas quelque chose de mauvais pour le patient. C'est plus une gêne que ça apporte. Et que faire pour y remédier... Soit il faut sortir de la salle de consultation, si on a une petite salle à côté ; ou sinon, faire sortir le patient si c'est possible en lui expliquant on a à avoir une conversation privée, qu'on le fait sortir cinq minutes et qu'on revient le chercher.
- Hum, hum... Et comment tu gères ?
- S'il ne veut pas sortir par exemple ?
- Non, non, vis-à-vis du patient et vis-à-vis de la patiente, enfin vis-à-vis de Mme A, le fait qu'il soit au courant...
- Après, ça dépend. On n'est pas obligé de... Bah, soit j'appelle la famille en disant que j'ai fait une erreur, j'ai parlé au téléphone... Oui, je pense que c'est le mieux... D'appeler la famille, de leur dire que j'ai fait une erreur, que j'ai parlé de Mme A devant quelqu'un sans faire exprès, et donc qu'il est au courant alors qu'il n'aurait pas dû être au courant... Je pense qu'à priori, ils ne le prennent pas trop mal.
- Hum, hum...
- Après, la deuxième solution c'est de ne rien dire. Et si jamais eux, ils viennent se plaindre qu'il y a eu des fuites, dans ce cas-là on explique la situation. Je pense qu'il faut juste dire la vérité, voilà, et s'excuser.
- Ça a un impact sur toi ?
- Ben, un petit peu parce qu'on se sent un peu mal à l'aise, j'imagine, dans ce type de situation. Après je ne pense pas que ce soit trop... Enfin, ça me mettrait mal à l'aise sans non plus... Je ne serais pas catastrophée. C'est une erreur qui arrive à tout le monde, et tout le monde peut très bien le comprendre.
- Tu as d'autres choses à rajouter ?

- Non

- *Je passe au deuxième. [lecture de la deuxième saynète « chute au cabinet »]*

- Alors là, je suis plus embêtée que pour la situation de tout à l'heure. Parce que là pour le coup, ça a un impact direct pour le patient. C'est une femme âgée, elle s'est peut-être cassée le col du fémur. Donc, je l'examine et je traite en conséquence : faire une radio, l'envoyer carrément aux urgences. Mais, toujours pareil, j'explique la situation telle qu'elle est, qu'il y a eu un défaut de surveillance.

- *Du coup, ça a un impact sur toi ?*

- Ben, oui. Encore une fois, je suis mal à l'aise. Et puis surtout, ben là, il y a un effet indésirable direct pour le patient. Encore une fois c'est une situation qui peut arriver tout le temps. On est dérangé par le téléphone, et on oublie que la patiente est en train de descendre du... [sourire] mais encore une fois je pense qu'il faut raconter la vérité. Eh bien voilà, ça s'est passé, ça s'est passé, ça ne sert à rien de culpabiliser pendant des heures, il vaut mieux prendre en charge la patiente.

- *D'accord...*

- Qu'est-ce que je fais pour les remédier ? Je pense que ça sert de leçon. Une fois qu'on l'a fait une fois, et qu'en plus la patiente est tombée et peut-être cassé quelque chose, et j'imagine que la fois d'après on attend qu'elle soit bien descendue avant de répondre au téléphone. Parce qu'en général ceux qui appellent le médecin, ils laissent sonner assez longtemps. Donc le téléphone peut attendre quelques secondes de plus.

- *D'accord. Je passe à celui d'après ?*

- hum, hum

- *[lecture de la troisième saynète « erreur de clic »]*

- Ben, c'est un effet indésirable assez grave, enfin un événement indésirable assez grave. Après, on est appelé tout de suite c'est ça ?

- *Oui, 15 minutes après.*

- Donc, du coup il n'a pas eu le temps de prendre du tout. Donc au final, ça finit plutôt bien. Ben, encore une fois, on explique au pharmacien qu'on a fait une erreur de prescription. Et surtout on lui dit de ne pas lui vendre le médicament en question, et on lui dit de revenir au cabinet pour chercher la bonne ordonnance. Et on s'excuse auprès du patient en lui disant qu'on a fait une erreur tout simplement. Ben, en fait, oui, il faut bien relire plusieurs fois ses ordonnances, même une fois qu'on l'a imprimée, et la réexpliquer au patient.

- *Ça a un impact sur toi ?*

- Ouais, parce que là je me dis que peut-être que je fais d'autres erreurs comme ça plus souvent, mais qu'on ne m'a pas appelé. Et que oui, les soirs où on finit tard, on est très fatigué et que c'est peut-être pas la première fois qu'on a fait cette erreur. Donc oui, c'est un impact.

- *Tu fais quelque chose en particulier pour éviter que ça revienne ?*

- Ben, relire l'ordonnance, systématiquement une fois qu'on l'a imprimée. Parce que c'est vrai que parfois on tape sur l'ordinateur les premières lettres et ça sort le mauvais médicament. Après, je ne sais pas s'il y a un système d'alarme qu'on peut mettre sur le logiciel... Ouais, mais non, parce que là ça n'était pas une incompatibilité entre deux médicaments... Relire l'ordonnance, je ne vois pas trop qu'est-ce qu'on peut faire de plus.

- *Tu as d'autres choses à rajouter ?*

- Non, pas particulièrement... Mais que oui, c'est pas mal aussi de bien connaître les pharmaciens, je pense, avec qui on travaille, les pharmaciens du secteur... Ouais, de bien les connaître et de savoir qu'ils peuvent nous appeler... Enfin, ils font un peu un rôle de surveillance post-prescription, quoi...

- *[lecture de la quatrième saynète « le vaccin »]*

- Bah, là, encore une fois, je dis la vérité...

- *Hum...*

- Que voilà, que j'ai fait que le liquide qui va avec mais qu'il n'a pas du tout reçu son vaccin finalement, qu'il va falloir recommencer... Encore une fois je m'excuse parce que j'ai piqué l'enfant pour rien mais que à mon avis c'est indispensable de le refaire parce que sinon il ne sera pas bien protégé. Donc je lui refais une ordonnance et je lui dis de repasser. Et je ne lui fais pas repayer la deuxième consultation, surtout [rire]. Et puis je m'excuse... Je pense que quand on dit la vérité, les gens le prennent plutôt bien.

- *Hum, hum...*

- Ouais, je ferais ça...

- *Ça te paraît grave, pas grave, moyen grave ?*

- Non, là, ce n'est pas très grave. C'est plutôt une gêne vis-à-vis de l'enfant, de l'avoir piqué pour rien entre guillemets. Mais après ça n'est pas un événement extrêmement grave. On ne lui a pas injecté une dose toxique ou quoi que ce soit [tape sur la table]... C'est juste qu'il a eu la piqûre pour rien.

- *Tu fais quelque chose pour y remédier ? Pour que ça ne se reproduise pas, plutôt ?*

- Ben, encore une fois, il faut être attentif. Mais il y a forcément des moments où on sera pas attentif, parce que là il y a toute une situation, en fait... La fatigue, la chaleur, on ne peut pas faire grand-chose... C'est une erreur d'étourderie, en fin de compte... On ne peut pas faire forcément grand-chose pour ça, quoi...

- *Et ça a un impact sur toi ?*

- C'est plutôt que je me dis que... Il ne faut pas trop travailler [rire]

- *[rire]*

- Non mais euh... En fait, ce n'est pas évident parce que l'on sait très bien que plus on va être fatigué et plus on va faire des erreurs. Et voilà... Il faut peut-être essayer de se préserver un peu, savoir quand s'arrêter, quoi... Savoir qu'il y a un moment où il vaut mieux faire un peu moins d'heures parce que sinon on risque de faire des bêtises, quoi... Mais je ne vois pas très bien ce que l'on peut faire exactement dans cette situation pour éviter que ça se reproduise... Ça risque de se reproduire...

- *Et le fait que tu me dises que ça risque de se reproduire... Si tu étais dans cette situation- là et que tu sais que ça risque de se reproduire, ça te met en stress... Ou alors tu sais que ça va se reproduire et...*

- Non, cette situation ne mettrait pas vraiment en stress... Mais, encore une fois, oui, ça me met mal à l'aise parce que l'on se dit que l'on n'est pas assez attentif. Après, tant que ça ne mène pas un effet indésirable important pour le patient, voilà, on ne peut pas culpabiliser à chaque fois qu'on l'on fait la moindre petite erreur parce que sinon on ne s'en sort plus. Mais encore une fois, vraiment dire ce qu'il s'est passé, et bien expliquer à la famille la vérité. Je pense que ça se passe beaucoup mieux comme ça... Et surtout, on est moins mal à l'aise après. Enfin, le fait d'avoir dit vraiment ce qu'il s'est passé...

- *Tu as d'autres choses à rajouter ?*

- Pas particulièrement

- *[lecture de la cinquième saynète « le vaccin bis »]*

- Alors ça, c'est pas facile...

- *Hum, hum...*

- Parce qu'elle a quand même eu une petite dose... Et là c'était le rappel, c'est ça ?

- *Non, c'est la première injection...*

- Ah... Je referais, je pense, du coup... Enfin, si c'avait été un rappel, peut-être que je n'aurais pas refait. Mais là, le fait que ce soit le premier... Elle n'a pas eu sa dose... Je referais une dose de vaccin.

- Hum, hum... *Qu'est- ce que tu dis à la maman ?*
- Ben, encore une fois, je lui explique que je n'ai pas pu injecter tout le vaccin parce que quand elle a bougé j'en ai mis un peu à côté. Et que vu que c'est son premier vaccin, je veux qu'elle soit bien protégée, et je préférerais qu'on refasse une injection.
- Hum, hum...
- Après, il faut voir en fonction de ce qu'ils répondent aussi, si pour eux c'était vraiment insupportable ce vaccin... Mais je pense qu'il faut leur expliquer que c'est pour le bien de l'enfant.
- Hum, hum...
- *Ça te paraît grave, pas grave, moyen grave ?*
- Non, ça ne me paraît pas grave. C'est toujours, encore une fois, une situation gênante. On est mal à l'aise parce qu'on n'a pas bien fait ce qu'on avait à faire. Mais, encore une fois, ça n'aura pas vraiment d'impact pour l'enfant, et voilà... Enfin, c'est réversible, on peut corriger notre erreur. Donc, non, je pense que ce n'est pas très grave comme événement indésirable.
- *Ça a un impact sur toi ?*
- Bah, oui, pareil, je suis mal à l'aise [sourire]... Mais après, l'enfant a bougé, ça peut arriver, quoi... C'est pas une grosse erreur médicale, quoi...
- *Et tu fais quelque chose pour éviter que ça se reproduise ?*
- Ben, du coup, peut-être voir comment était tenu l'enfant. Je ne sais pas, s'il était sur la table peut-être qu'il vaut mieux que la maman le tienne dans ses bras bien fermement... Et, voilà, la prochaine fois me dire qu'un petit enfant ça bouge beaucoup... Bien expliquer aux parents avant l'injection du vaccin « il faut bien le tenir, surtout au niveau des bras ». Par exemple, je ne sais pas, je trouve ça bien assis sur les genoux, ils leur tiennent bien les bras et nous on tient fermement la cuisse, quoi...
- Hum...
- C'est vrai qu'ils bougent pas mal... Bien expliquer aux parents qu'il faut bien les tenir parce que sinon on risque de rater.
- Hum, hum... *Je passe suivant ?*
- Hum
- **[lecture de la sixième saynète « problème de compréhension »]**
- Ça c'est plus grave, je trouve comme effet indésirable parce qu'il aurait pu perdre son pied. Voilà... Oui, et puis, c'est vraiment du domaine de l'information. Là, on peut vraiment faire quelque chose. Se dire « je n'ai pas dû bien lui expliquer. Et surtout, est- ce que je lui ai demandé s'il avait bien compris ce que je lui dis ? ». Parce qu'il a dit « oui, oui », mais peut- être qu'il n'avait rien suivi. Je pense qu'il faut vraiment redemander au patient « qu'est-ce que vous avez compris ? » ou « là qu'est-ce que vous allez faire maintenant ? » Pour voir s'il allait vraiment aux urgences quoi...
- Hum...
- Et sinon, peut-être appeler... Appeler le SAMU, c'est peut-être un peu beaucoup pour ça, pour cette situation. Mais peut-être qu'il se fasse accompagner par quelqu'un... Je ne sais pas, s'il a une femme, ou justement son ami. Être sûr que quelqu'un l'amène aux urgences quoi...
- Hum, hum...
- Et puis surtout, refaire répéter au patient pour voir s'il a bien compris... Ouais, du coup, la prochaine fois, il faut demander « ou est-ce que vous allez aller, là en sortant ? À quelles urgences ? Comment vous allez y aller ? »
- Hum, hum...
- Pour être sûr qu'il va...
- Hum, hum...
- Ouais, là, c'est plus un défaut d'information...
- *Comment tu gères vis- à- vis du patient ?*
- Ben, peut- être que je lui demande « qu'est- ce que vous aviez compris la dernière fois quand vous êtes venu ? » Pour savoir si effectivement il avait rien compris du tout ou s'il a mal interprété ou tout simplement que lui, il avait pas du tout envie d'aller aux urgences, qu'il a dit oui, oui et qu'il comptait bien rester chez lui... Donc déjà voir exactement ce qu'il a compris. Et ensuite, lui expliquer un peu la gravité de la situation : pourquoi on lui a demandé d'aller aux urgences et quels étaient les risques s'il restait chez lui. Et là pour le coup, il faut vraiment qu'il aille aux urgences [rire]... Mais ouais, vraiment savoir ce qu'il a compris... Et du coup, tout lui réexpliquer, et lui faire un peu peur en fait... Expliquer la gravité de la situation...
- Hum, hum...
- *Ça a un impact sur toi ?*
- Oui, parce que je me dis que ce n'est peut- être pas toujours compréhensible ce que je dis...
- Hum, hum...
- Que parfois, j'utilise peut-être des mots que les patients ne comprennent pas, ou que je n'ai pas pris le temps de savoir s'il avait bien compris parce qu'il y avait beaucoup de monde dans la salle d'attente... Donc, ouais, je pense que ça c'est un truc important...L'information...
- Hum, hum... *Donc ça aurait un impact à long terme, à moyen terme ? Fort, c'est- à- dire que tu en parles autour de toi ?*
- Oui, je pense que j'en parlerai de la situation à d'autres collègues... Voir un peu si ça leur est déjà arrivé... Peut- être voir quels mots utilisés pour bien se faire comprendre des patients, ouais...
- Hum, hum...
- Et puis, même, raconter aux autres, ça peut leur servir aussi...
- Hum, hum... *Pourquoi ?*
- Parce que parfois, je pense, que quand on explique, nous on a bien compris ce qu'on voulait dire et on pense que l'autre a saisi le message ; alors que souvent, pas du tout. Donc, c'est bien de se remettre en question et de se dire parfois « j'ai pas expliqué avec les mots qu'il fallait », en tout cas pas les mots adaptés pour ce patient-là dans cette situation- là.
- *Et pourquoi tu penses que ça peut être utile à tes collègues ?*
- Parce que peut-être que eux, ils ont eu des situations identiques, mais où le patient est resté complètement chez lui et ils n'ont jamais eu de nouvelles. Ça permet de se remettre en question, de savoir si le patient a bien compris en face, même si on a l'impression qu'il a compris.
- *Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non
- **[lecture de la septième saynète « visite à domicile »]**... Tu rigoles, pourquoi ?
- [rire]... C'est que c'est elle qui a rédigé l'ordonnance, c'est ça ? [rire]
- [sourire] Non, non... *Celle que tu avais faite avant, elle l'a ressorti de ses dossiers...* [rire]
- Ah, d'accord... J'avais compris qu'elle avait déjà commencé à écrire l'ordonnance... [rire]
- [rire] Non quand même pas !
- Alors, je pense que, encore une fois, c'est un manque de temps et de concentration. Et oui, c'est un peu embêtant parce que ça veut dire qu'on n'a pas pris l'avis du confrère, qu'on l'a pas suivi...
- Hum, hum...
- Donc, euh... Oui, le fait qu'elle ait ressorti son ancienne ordonnance, je pense, ça a beaucoup influencé. On s'est dit « oui, bon, on recopie. C'était déjà ça qu'elle avait la dernière fois » et puis on n'a pas, on ne s'est pas... Comment dire... On n'a pas réévalué... En fait, il faut à chaque fois réévaluer l'ordonnance et réévaluer si le médicament est toujours utile. Et puis là, du coup, se poser la question sur le traitement antihypertenseur

- « c'est celui que vous prenez ? »... On aurait peut-être demandé « c'est cela que vous prenez actuellement ? ». Et elle aurait peut-être montré ses boîtes, et on aurait vu que non, il avait changé. Dans ce cas-là on aurait regardé dans le dossier avant...
- *C'est grave, moyen grave, pas grave ?*
 - Bah, ça peut être assez grave. Bon, après elle avait quand même un traitement antihypertenseur mais il n'est pas efficace tout de suite. Donc si elle fait un AVC entre les deux, ça peut devenir grave. Après, s'il ne se passe rien, ça n'est pas extrêmement grave. Mais ça peut devenir grave...
 - *Tu gères comment vis-à-vis de la fille, de la patiente ?*
 - Bah, encore une fois, je dis que « oui, je me suis trompée. J'ai oublié cette lettre du cardiologue, que j'avais oublié qu'il avait changé le traitement antihypertenseur. Et que voilà, il faut que je recommence l'ordonnance »...
 - *Ça a un impact sur toi ?*
 - Bah oui, parce que je me dis que ça aurait pu mal tourner. Donc, encore une fois, ça remet en cause... Ça fait culpabiliser, je pense. Et puis ça remet en cause un peu, bah, la prescription quoi...
 - *Hum, hum...*
 - De se dire qu'on n'est pas assez attentif, alors qu'on manipule quand même des médicaments, des... Bah, c'est pas anodin quoi...
 - *Ça remet en cause quoi ? Toi-même ? Ou ta manière de travailler ?*
 - Oui, plus ma manière de travailler peut-être... Parce que encore une fois, ça arrive de faire une erreur. En soi, c'est pas qu'on n'avait rien à faire du patient, c'est pas qu'on était pressé forcément, c'est juste qu'on n'a pas fait attention... Et ouais, ça remet plus en cause la pratique. Il faut quand même prendre un peu son temps, et toujours bien relire, bien tout vérifier. C'est plus ça je pense... C'est pas forcément se remettre en cause personnellement tout le temps, mais remettre en cause sa pratique...
 - *Et, tu vois quelque chose pour y remédier ? Pour pas que ça se renouvelle plutôt ?*
 - Bah, encore une fois, relire toute l'ordonnance avec le patient. Parce que peut-être que Mme G, là justement, elle aurait dit « ah, maintenant je prends celui-là » si on avait bien repris l'ordonnance avec elle, plutôt que de reprendre bêtement ce qu'elle avait déjà préparé.
 - *Tu as d'autres choses à rajouter ?*
 - Non, non...
- **[lecture de la huitième saynète « examens complémentaires non lus »]**
- Donc là, en fait, on n'a pas fait attention aux résultats qui nous ont été envoyés par le laboratoire ?
 - *Hum...*
 - Ben là, je ne sais pas si c'est une question de temps ou d'organisation, mais bien regarder tous les jours... Pour moi, il faut regarder tous les soirs... enfin peu importe le moment dans la journée... Mais se réserver un moment dans la journée pour regarder vraiment tous les bilans, assez attentivement. Et dans ce cas-là, prendre son téléphone directement pour appeler le patient s'il y a un souci, quoi...
 - *Hum...*
 - Je pense qu'il faut vraiment se réserver un moment dans la journée pour ne jamais oublier, que ce soit un peu un automatisme « à cette heure-là, je fais ça. Et je vérifie ma boîte mail, quoi » pour essayer de ne pas rater... Que ce soit un courrier, que ce soit un bilan biologique...
 - *Hum...*
 - Et là, pour le coup, c'est un événement indésirable c'est grave... Parce que l'hyperthyroïdie, ça aurait pu devenir embêtant pour son cœur... Oui là, je trouve que c'est un événement grave...
 - *Et le fait qu'ils ne soient pas revenus...*
 - Que le patient ne soit pas revenu ?
 - *Oui*
 - Bah, encore une fois, on n'a peut-être pas bien expliqué la gravité de la chose. Peut-être qu'ils se sont dit « bah, on fait un bilan biologique de routine, comme d'habitude. Et on voit ce qui ne va pas ». Alors que là, c'est quand même une situation urgente... Enfin, je pense que je l'aurais peut-être même envoyé aux urgences parce qu'il y avait de l'exophtalmie, tachycardie... La laisser trois jours comme ça... Je pense que c'est trop. Ou alors, sinon il aurait fallu pouvoir lui dire de faire le... Enfin, je ne sais pas quelle heure il était le samedi... Mais de faire le bilan le jour même, et de la revoir le jour même avec les résultats. Je pense que ça aurait été mieux... Là, ça faisait trop de jours de battement...
 - *Hum, hum...*
 - Pour le patient, si on lui dit « revenez dans trois jours » ça ne lui paraît pas du tout urgent. Alors que là, c'était une situation urgente voir grave.
 - *D'accord. Ça a un impact sur toi ?*
 - Oui, parce que là je me dis que c'est quand même une erreur importante... [sourire] enfin, je ne sais jamais trop quoi répondre [tape sur la table]... Faut dire que ça a un impact personnel ou... ?
 - *Ouais...*
 - Là, ça me touche plus personnellement... Je me dis que... Ouais, que je suis passée à côté peut-être de quelque chose de grave...
 - *Et du coup, tu penses que ça pourrait avoir quel impact personnel sur toi ?*
 - Bah, du stress, de la culpabilité... L'impression que... enfin, qu'on n'est pas assez bon pour exercer ce métier...
 - *D'accord. Là, c'est même une remise en cause...*
 - Oui, c'est une remise en cause personnelle parce que là, c'était pas une question de manque de temps. Il n'y avait pas comme tout à l'heure une situation où on est fatigué, il fait chaud... Là, visiblement on l'a vu tranquillement, et on a pris la mauvaise décision en fait. Donc là, oui, je pense que ça me touche plus personnellement. C'est moins une erreur d'étourderie, c'est plutôt une mauvaise décision.
 - *Tu as d'autres choses à rajouter ?*
 - Non
- **[lecture de la neuvième saynète « interactions médicamenteuses »]**
- Alors là, encore une fois, je regarde sur le Vidal et je lui explique que c'était peut-être pas une bonne idée de lui avoir prescrit le Triflucan puisque ça pouvait interagir avec son médicament pour le diabète. Et que c'est peut-être ça qui provoque les vertiges. D'autant plus que c'est arrivé juste après sa prise de médicaments. Donc, qu'on va changer de traitement.
 - *Hum, hum...*
 - Voilà. Mais je pense, encore une fois, il faut dire la vérité... Après, si elle me demande pourquoi je ne le savais pas, je lui dirais que je ne connais pas tous les effets indésirables de tous les médicaments. Mais qu'effectivement, j'aurais dû vérifier systématiquement dès que je lui prescrivais un traitement, si ça interagissait avec son traitement pour le diabète.
 - *Hum, hum...*
 - Après là, bon, c'était juste que des vertiges, c'était pas quelque chose d'embêtant. Et puis, c'est réversible... Donc, euh... Mais voilà, je pense que, encore une fois, il faut dire la situation telle qu'elle est à la patiente.
 - *Hum, hum... Ça te paraît... Du coup tu me dis « c'est réversible », ça te paraît grave, moyen grave, pas grave ?*
 - Bah, enfin oui, l'effet des vertiges est réversible. Après, elle aurait pu faire une hypo, un effet indésirable plus grave, quoi... Donc oui, c'est quand même assez grave.
 - *Hum... Ça a un impact sur toi ?*
 - Ben, oui, encore une fois, je me mets en cause parce que je n'ai pas pris le temps de vérifier les médicaments.
 - *Hum, hum... Donc là, c'est une remise en cause personnelle ou professionnelle ?*

- Oui, pff... Là, plus professionnelle... parce que c'est plutôt l'organisation : prendre son temps de bien relire les ordonnances, bien relire les interactions...
- *Tu vois des moyens pour y remédier ?*
- Là, il y a peut-être, je ne sais pas... Il y a peut-être des logiciels qui signalent les interactions. Donc euh... Ouais, avoir un logiciel qui fait une petite alarme quand il y a une interaction entre deux médicaments. Après, je ne sais pas exactement... Enfin, c'est que pour certaines interactions graves, les alarmes comme ça... Peut-être que ça, ça marche pas. Mais il faut vérifier systématiquement, en fait. Pour moi, dès qu'il y a un patient qui prend un traitement chronique, il faut vérifier à chaque fois...
- *Hum, hum...*
- Ou sinon, marquer éventuellement dans son dossier, avec les médicaments qu'elle prend tous les jours, quels sont les médicaments contre-indiqués ou déconseillés.
- *Hum, hum...*
- Comme ça, on l'a tout le temps sous les yeux, et c'est plus rapide, quoi...
- *Hum... Tu en parles avec quelqu'un ?*
- Ouais, je pense que j'en parle avec mes collègues pour savoir, eux, comment ils font : s'ils vérifient systématiquement, ou s'ils ont d'autres astuces pour ne pas oublier...
- *Hum, hum... Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non
- **[lecture de la dixième saynète « allergie médicamenteuse »]**
- On avait pas noté dans le dossier qu'elle avait... ?
- *Une allergie, ouais...*
- Alors, là, je pense qu'il faut revoir la patiente pour rediscuter avec elle...
- *Hum, hum...*
- Quand est-ce que c'est arrivé, et tout noter dans le dossier en gros en rouge... Surtout que là, c'était un urticaire géant. Donc c'est pas une toute petite allergie. Et de toute façon, je pense qu'à chaque fois qu'on prescrit un antibiotique il faut poser la question au patient « vous n'avez pas fait d'allergie à cet antibiotique ? »... Systématiquement, même si on a déjà noté quelque chose... Redemander vraiment systématiquement, systématiquement...
- *Hum, hum...*
- En général, ils s'en rappellent plus...
- *Ça te paraît grave, pas grave ?*
- Ben oui, assez grave... Moyen grave, au moins... Parce qu'elle pouvait refaire une allergie, un œdème de Quincke... Ça aurait pu être grave, mais...
- *Hum, hum...*
- Donc là, encore une fois, revérifier l'ordonnance avec le patient, et demander systématiquement s'il n'a jamais fait d'allergie aux antibiotiques.
- *Ça a un impact sur toi ?*
- Oui [rire]...
- [rire]
- Non, ça a toujours un impact, je trouve, un événement indésirable parce qu'on se remet quand même en question... « Est-ce que j'ai fait mal ? Qu'est-ce que j'ai pas fait ? ». Voilà, et puis remettre un peu... Ouais, on remet un peu en question sa pratique [tape du doigt sur la table] « il faut vraiment que je sois vigilante tout le temps, sur toutes les ordonnances »
- *Hum, hum... Ça a un impact personnel aussi sur toi ?*
- Oui, parce que ça remet... Enfin... Oui, parce que l'on se dit « est-ce que... »... Je ne sais pas comment expliquer... Enfin, on se demande si on ne fait pas attention, alors qu'on devrait... Donc, voilà, ça remet un peu en question la pratique... Est-ce qu'on est un assez bon médecin ?... Voilà, est-ce qu'on ne risque pas de faire des bêtises...
- *Hum, hum... Du coup, c'est une situation stressante à long terme ou pas ?*
- Non, pas forcément à long terme parce que, encore une fois, là il ne s'est rien passé. Donc justement, on se dit « là il ne s'est rien passé » et ça me sert de leçon pour plus tard. Il vaut mieux que ça serve de leçon avant que l'effet indésirable arrive, comme ça on peut vraiment corriger sa pratique. Et être plus vigilante la fois d'après.
- *D'accord. Autre chose ?*
- Non
- **[lecture de la onzième saynète « consultation par téléphone »]**
- Ben là, on n'a pas posé assez de questions au téléphone... Enfin, non, la question ça serait plutôt est-ce qu'il aurait fallu le faire venir au cabinet... Même s'il est hyper tard... Après, on ne peut pas forcément le prendre le jour même... On n'a plus de place, on n'a plus de place... Après, peut-être poser plus de questions au téléphone...
- *Hum, hum...*
- Quand elle dit « il boit bien », qu'est-ce que ça veut dire ? Quelle quantité ? Combien de biberons ? Plus insister sur le nombre de selles, le nombre de vomissements, peut-être aller chercher un soluté de réhydratation la pharmacie... Parce que là, c'était un peu succinct. On ne s'inquiète pas et on lui dit de revenir demain, quoi... Peut-être poser plus de questions, et donner plus de conseils avant de le voir...
- *Et ça te paraît grave, pas grave ?*
- Oui, assez grave parce que un petit... Bon, ça va, il a deux ans, c'est pas non plus tout petit. Mais il peut se déshydrater très vite... Là, je pense que la maman, elle n'était pas du tout inquiète en raccrochant. Alors qu'elle aurait dû être vigilante, en se disant « il faut que je vérifie dans la nuit s'il n'a pas eu de selles, calculer la quantité qu'il a bu ». Je pense qu'il faut un peu mettre la maman en alerte, que pour l'instant ça va, mais que ça peut devenir plus embêtant et qu'il faut qu'elle fasse plus attention, quoi...
- *Hum...*
- Pas juste de dire « on ne s'inquiète pas » ...
- *Du coup, tu mets quelque chose en place pour éviter que ça se reproduise ?*
- Ben là, je ne vois pas trop, c'est plus une discussion téléphone... S'il n'y avait vraiment plus place, il n'a pas pu le prendre... Après, s'il y a de la place, il vaut toujours mieux, je pense voir l'enfant, parce qu'au téléphone on peut difficilement évaluer la situation...
- *Hum, hum...*
- Mais après, s'il y a vraiment plus de place, il a fait comme il pouvait : il l'a revu le lendemain matin. Mais ouais, poser peut-être plus de questions au téléphone... Je ne vois pas trop ce que l'on peut faire de plus, en fait... Ou si on est trop inquiet, le diriger vers les urgences...
- *Comment tu gères vis-à-vis de la maman ?*
- Le lendemain ?
- *Hum, hum...*
- Bah, je reprends tout interrogatoire et je lui explique que finalement c'était peut-être un peu plus inquiétant que ce que ça avait l'air et peut-être je l'éduque pour une prochaine gastro... D'avoir systématiquement du soluté de réhydratation, de surveiller le nombre de selles, le nombre de biberons et que si jamais il n'y a pas de place chez un médecin traitant, d'aller aux urgences...
- *Hum, hum... Et ça a un impact sur toi ?*

- Bah là, encore une fois, il n'y a pas eu de gros effets indésirables. Mais c'est vrai qu'il aurait pu se déshydrater...
- *Et s'il y avait eu un gros effet indésirable, imaginons...*
- Oui, ça aurait eu un impact... « J'aurais peut-être dû lui dire d'aller aux urgences »... Bon là, il a quand même essayé de faire un peu au mieux, il a essayé de le revoir le plus vite possible...
- *Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non
- **[lecture de la douzième saynète « le confrère »]**
- Donc il n'a pas fait ses examens, c'est ça ?
- *Hum...*
- Là, je pense qu'il faut prendre rendez-vous pour lui.
- *D'accord...*
- S'ils veulent faire une fibro ou d'autres examens, je pense qu'il faut appeler nous-mêmes pour prendre rendez-vous... Parce que sinon c'est le risque que le patient ne prenne pas du tout rendez-vous... Et là, c'est un effet indésirable assez grave parce que, du coup, c'est un retard de prise en charge pour lui...
- *Hum, hum...*
- Donc, ouais, à mon avis il faut vraiment faire un planning pour le patient et prendre ces rendez-vous, prendre contact soi-même avec des confrères et... Et puis, en plus, on a un rendez-vous, je pense, beaucoup plus rapidement si c'est nous qui le prenons que si c'est le patient qui appelle. Moi j'aurais appelé moi-même.
- *Comment tu gères vis-à-vis du patient ?*
- Bah, on va pas le culpabiliser non plus parce qu'il n'a pas compris une fois de plus... Ben là, il faut faire au mieux pour rattraper, pour rattraper la chose. Là il faut vraiment prendre les rendez-vous tout de suite, l'hospitaliser tout de suite...
- *Hum, hum...*
- Et puis peut-être lui demander pourquoi il n'a pas fait les examens qui lui étaient demandés, qui étaient prévus, qu'on lui avait expliqué. Est-ce que c'était parce qu'il avait peur, qu'il avait pas envie ou encore une fois c'est parce qu'il avait mal compris, qu'on s'est mal exprimé et qu'il faut toujours redemander au patient s'il a bien compris ce qu'on lui a dit.
- *Et ça change quelque chose s'il n'a pas eu envie ou si il a mal compris, pour toi... En tant que médecin...*
- Ben oui, parce que ça veut dire qu'on n'a pas su sentir qu'il ne comprenait pas ce qu'on disait. Et s'il n'a pas eu envie... Oui, il fallait reprendre leur rendez-vous pour lui. Parce que forcément s'il a peur, il ne va pas le faire. Mais nous, c'est notre boulot de le faire pour lui.
- *D'accord. Du coup ça a un impact pour toi ?*
- Ben oui, parce que c'est une perte de chance pour lui. Peut-être qu'il aurait pu être pris en charge plus tôt, et soigner plus tôt... Là, c'est plus un impact personnel, je pense...
- *Hum, hum...*
- Du fait qu'il ira peut-être moins bien à cause de nous... Enfin, en partie à cause de nous... Plus de la culpabilité, je pense, de ne pas avoir fait ce qu'il fallait...
- *Et tu en parles autour de toi ?*
- Oui. Je pense que dès qu'il y a un événement indésirable, c'est toujours bien en parler pour partager ses expériences et puis ça fait du bien d'en parler... Ça permet de décompresser, de dédramatiser la situation, parfois...
- *Hum, hum... Et, pendant tes différents stages, tu as déjà vu des événements indésirables, alors qui peuvent être grave ou pas grave, peu importe... Des situations qui t'ont parues délicates, difficiles à vivre...*
- Bah... Le vaccin dont on injecte qu'une partie [sourire] ça m'est déjà arrivé chez le stage chez le Prat. Pareil le petit avait bougé... Enfin, c'était un plus grand même, il s'était décalé au moment de piquer et on avait injecté un peu en dehors. Et... C'était un rappel et on avait décidé qu'on ne le referait pas. Sinon, ça peut-être plus des gens qui s'énervent... Plus aux urgences, ouais... Je cherche une situation précise même... Là par exemple aux urgences pédiatriques, on met le MEOPA à un enfant... Je pense qu'on n'avait pas bien expliqué, enfin on avait expliqué que c'était un gaz un peu hilarant, qui permettait de faire un peu oublier la douleur et de le détendre. Mais on n'a peut-être pas expliqué qu'éventuellement il pouvait vomir... On n'a peut-être pas expliqué tous les effets que ça pouvait avoir. Donc on a mis le masque. Au bout de quelques minutes, il a commencé à vomir. La maman a pris l'enfant, elle a dit qu'on le droguait. Voilà, elle est partie en courant dans le couloir, son fils à moitié tout nu... [rire]
- [rire]
- Et voilà, je pense qu'on ne lui avait pas bien expliqué ce qui pouvait arriver et pourquoi on faisait ça. Du coup, elle, elle a pensé qu'on lui faisait du mal et qu'on le droguait...
- *Hum, hum...*
- C'est pas très grave en soi, mais c'est un défaut d'information
- *Du coup, comment tu as géré ?*
- Du coup, avec l'infirmière on l'a rattrapée dans le couloir. Et on lui a expliqué... Mais elle était quand même un peu énervée... Et elle n'a pas voulu qu'on remette le masque surtout. Du coup pour les points de suture c'était plus délicat. Je ne sais plus si c'était des points de structure ou une prise de sang... Mais, du coup, on a essayé de le calmer comme ça... Mais ouais... Peut-être que si on avait expliqué que parfois ça fait vomir et que s'il vomit, on l'enlève tout de suite, peut-être qu'elle n'aurait pas réagi comme ça. On ne pense pas forcément tout le temps à tout expliquer surtout quand on est pressé...
- *Hum... Et tu en avais parlé avec tes co-internes, des chefs, ou bon vous avez géré avec l'infirmière et puis...*
- Bon là, on aurait pu gérer ça avec l'infirmière. Mais comme la chef était là, on a discuté aussi avec elle. C'était pas extrêmement grave non plus...
- *C'est pas forcément des situations graves, c'est des situations désagréables... Et du coup, le fait d'en parler avec ta chef ou avec l'infirmière ça t'a permis d'avoir une autre vision, une autre expérience...*
- Ben là, on était plus d'accord sur la situation... Qu'on n'avait peut-être pas bien expliqué à la maman et qu'elle avait été prise de panique. Mais on ne s'y attendait pas du tout. Enfin, on ne s'attendait surtout pas à ce qu'elle le prenne et qu'elle parte... Et encore une fois, ça permet de servir de leçon. Et les autres fois on explique plus avant de commencer pour être sûr que ça se passe bien...
- *Et pendant tes études, tu as eu des cours ou des choses comme ça sur les événements indésirables ?*
- Non. Apprendre comment gérer par exemple une situation ?
- *Hum, hum...*
- Non, sérieux, on n'a jamais eu de cours là-dessus...
- *Des cours ou des... Pas forcément des cours, des groupes de paroles... Chez le Prat... Dans ta fac, je ne sais pas comment ça se passe...*
- Oui, on a eu des groupes de paroles mais ça n'était pas là-dessus. C'était plus des groupes sur comment interpréter les paroles d'un patient par rapport à ses gestes, par rapport à sa façon de parler. Non, on n'a jamais parlé de comment gérer une situation stressante. Il y a eu annonce d'une mauvaise nouvelle mais sinon, on n'a jamais eu de cours là-dessus.
- *Et ça te paraît important ?*
- Oui ça me paraît important parce que... Bah, parfois sur le coup... Enfin, en réfléchissant, on se dit « j'aurais peut-être dû faire ça » mais parfois sur le coup, on ne sait pas quoi faire. Et le fait d'en avoir parlé avant, même si ça n'est pas forcément exactement la même situation, le fait d'en

- avoir parlé avant je pense qu'on gère beaucoup mieux quand on est devant une situation comme ça... En fait, je pense qu'il faudrait plus faire des cours sur la pratique, arrivés à l'internat.
- *Hum, hum...*
 - Comment réagir à ça, comment expliquer ça, je pense que c'est plus important...
 - *Et tu as dit que c'était important que tu en parles avec tes confrères, vous avez eu des groupes sur des échanges de pratiques ou sur des groupes Balint ?*
 - Oui, on a eu un groupe Balint... Enfin, on était beaucoup, c'est ça le problème. Non, le groupe Balint, c'était quand j'étais externe qu'on a fait ça. Mais on a eu un cours cette année sur des jeux de rôle... C'était de la pédiatrie d'ailleurs, c'était un truc sur des adolescents. Il y en avait un qui jouait le médecin et les deux autres qui jouaient les parents et l'enfant. On était énormément en fait. Donc on échange entre nous... On était peut-être une trentaine...
 - *D'accord*
 - Je pense que tout le monde prend pas la parole, du coup. C'était pas évident, on était trop je pense...
 - *Ça t'a quand même apporté quelque chose ?*
 - Ouais, je pense que ça m'a apporté quelque chose. Ça permet de voir comment les autres réagissent en consultation.
 - *Hum, hum...*
 - Mais on était trop... Du coup, il y en a toujours quelques-uns qui prennent la parole et les autres sont opprimés derrière.
 - *Alors, j'ai encore d'autres petites questions à te poser... Est-ce que là, de discuter ensemble, ça a modifié ta vision des événements indésirables ou pas du tout ?*
 - Ouais, peut-être... En fait, là je suis en train de me dire que ça peut arriver très facilement des effets indésirables... [rire]
 - *[rire] Du coup tu vas être stressée ?*
 - Non, mais c'est vrai que quand on prescrit, on ne se dit pas qu'il va arriver quelque chose de... Mais en fait, ça peut arriver très très vite... on ne prend pas forcément le temps de bien tout regarder tout le temps... Bon...
 - *Hum... Tu me dis « bon » en haussant les épaules, ça veut dire quoi ?*
 - Bah enfin... Je ne sais pas comment expliquer... Mais oui, là je me rends compte que c'est assez fréquent... Je pense que c'est des situations vraiment fréquentes, et c'est pour ça que c'est important de savoir le gérer. Parce que ça ne sert à rien de se dire « je vais tout faire, ça n'arrivera pas »... On sait très bien qu'à un moment donné ça arrivera... Donc ouais, savoir gérer ses événements indésirables, je pense que c'est important...
 - *Et si maintenant, tu devais définir un événement indésirable, tu définirais autrement que ce que tu as défini initialement ?*
 - Peut-être que je rajouterai que c'est un événement qui peut mettre en difficulté le médecin aussi... Mais sinon, non, c'est à peu près la même définition que tout à l'heure, je pense...
 - *Hum... Tu as des remarques, des réflexions ?*
 - Non, je crois que c'était intéressant d'échanger là-dessus. Et oui, je pense qu'il faudrait qu'il y ait plus de cours, plus de cours là-dessus...
 - *Plus pratique ?*
 - Comment gérer des situations, pas forcément des événements indésirables... Comment gérer, je sais pas, une patiente qui se met à pleurer pour une raison particulière, comment expliquer qu'on s'est trompé... Ouais, je pense que ce serait vraiment intéressant d'avoir des cours là-dessus... Voilà...
 - *Merci*

Entretien 8 (1h09)

- Je me présente, moi je suis Émilie. Je suis à Paris V. J'ai fini mon internat depuis deux ans. Je suis actuellement remplaçante en médecine générale. Qui es-tu ?
- Bonjour, je m'appelle M. Je dis ce que je fais ?
- Oui, oui...
- Je suis actuellement en stage en service de médecine polyvalente...
- Tu as fait quoi comme stage avant ?
- Dans l'ordre ? Tout ce que j'ai fait ?
- Oui...
- Les urgences, médecine interne, stage niveau 1 dans Paris, pédiatrie, SASPASS dans Paris... Et maintenant je suis en médecine polyvalente...
- C'est quoi ton projet professionnel ?
- À court terme, d'être assistante dans le service où je suis actuellement ; et après, à moyen terme, de faire des remplacements ; et à long terme, de monter un centre de santé ou une maison de santé en province.
- D'accord. Là, je t'interview pour ma thèse. C'est les événements indésirables vu par les internes de médecine générale. C'est une étude qualitative avec des entretiens semi directifs. C'est enregistré sur support numérique. Il y a respect de l'anonymat de tes réponses. Et il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, il n'y a pas de jugement. Donc tu réponds ce que tu en penses. On est sur ton lieu de stage et on est le 26 mars 2014. Alors, pour toi, qu'est-ce que c'est qu'un événement indésirable ?
- C'est quelque chose qui arrive, alors que ça ne devrait pas arriver.
- Hum, hum...
- Et qui n'est pas souhaité, et qui peut avoir des conséquences néfastes...
- Hum, hum... Pour qui les conséquences néfastes ?
- Pour celui qui est à l'origine de l'événement et pour celui qui est présent ou sur qui les conséquences peuvent découler. Je ne sais pas, ça peut être le médecin ou le patient, la famille, ou tous les gens qui travaillent au sein du cabinet. Voilà...
- Pour toi, erreur médicale, c'est quoi ?
- Euh, spontanément, je dirais que c'est quand on se trompe, que le médecin se trompe. Alors, après, se trompe de quoi ? Alors, ça dépend... si on l'accuse de quelque chose et donc, dans ce cas-là, c'est une erreur qui est interprétée par le patient ou par la famille ; ou l'erreur que le médecin sait qu'il a vraiment fait, donc qui n'est pas forcément remarqué par le patient. Donc, il y a deux types d'erreur médicale. Après, ça peut être quelque chose de commun, les deux sont d'accord. Voilà, c'est... On fait quelque chose qui n'est pas... Ce n'est pas évident de répondre... Soit, on se trompe dans un diagnostic ou dans un traitement... Se tromper par rapport à quoi ? C'est se tromper par rapport à une recommandation, par exemple. Ou dans un diagnostic, faire une erreur diagnostique, donc voilà... Ou alors, ça serait une erreur par rapport à ce que pouvait attendre le patient du médecin... Voilà...
- Hum, hum...
- Voilà, déjà ça...
- Je vais te lire différentes définitions d'événements indésirables et tu me diras ce que tu en penses. Alors, la première, c'est celle du ministère de la santé : « c'est l'ensemble des événements non désirés liés aux soins ».
- Ouais, euh... « Non désirés », je ne sais pas parce que la notion de désir... Alors, oui, dans un « indésirable » il y a désir mais dans le « non désirés », je trouve que cela met beaucoup de subjectif. Et je pense qu'il y a des événements indésirables qui ne rentrent pas dans leur définition-là.
- Tu as des exemples me donner ?
- Euh, alors ça, c'est compliqué... « Non désirés », je ne sais pas, ça me gêne parce que je trouve que ça fait très subjectif, très dans le désir...
- Désir, sentiment ?
- Sentiment, ouais... Donc, interprétation de la qualité de l'événement indésirable, tu vois... Donc, côté qualitatif... Donc, je ne sais pas, ça ne vient pas... Quelque chose qu'on n'aurait pas envie qu'il se passe... mais parfois, il y a un événement désirable qui ne dépend pas de l'envie de quelqu'un... Tu vois, c'est ce côté-là qui me gêne... J'en ai pas, tout de suite, des exemples... Ça viendra peut-être après...
- D'accord. Tu les rajoutes quand tu veux... Alors, la définition de l'OMS c'est « un incident qui entraîne une atteinte pour le patient ; atteinte découlant de ou associée à des projets formulés ou à des mesures prises pendant que les soins ont été dispensés et qui ne résulte pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacente ».
- Ouais, c'est pas mal, c'est un peu compliqué... Donc, tout le début c'est pas mal. Après, c'est pareil, « qui ne résulte pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacente », qu'est-ce qu'ils appellent traumatisme ? Donc ça, je sais pas, j'imagine mal... Après tout le début... Vas-y, redit le début...
- « Un incident qui entraîne une atteinte pour le patient ; atteinte découlant de ou associée à des projets formulés ou à des mesures prises pendant que les soins ont été dispensés »
- Alors, déjà, ils oublient le médecin... Donc, ils parlent du patient, ils ne parlent pas du médecin... Euh, c'est actif, en fait. Les événements indésirables dans ce que l'on a fait qui ne correspondaient pas. Et donc, ils ne parlent pas de ce qui n'a pas été fait, et qui peut être aussi un événement indésirable. Et la fin, « les traumatismes » je ne sais pas trop ce que c'est... Et l'autre terme, c'est quoi ? Les maladies sous-jacentes ?
- Hum...
- Ouais, je pense que c'est peut-être un peu restrictif parce qu'il doit y avoir des situations, où ce n'est pas lié à un traumatisme ni à une maladie. Voilà, je dirai ça... Ça ne correspond pas trop non plus...
- D'accord. Et la troisième, c'est la définition qui a été donnée pendant une étude. C'est l'étude ESPRIT qui a été faite en ville en 2013. Alors, « un événement indésirable est un événement ou une circonstance associé aux soins, qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné une atteinte pour le patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau »
- Ouais, ça c'est pas mal parce que ça met la notion de « ne pas se reproduire ». Donc, c'est la conscience que ça peut nuire un moment dans la prise en charge. Donc on va faire attention à ce que cela ne se reproduise pas. Donc, je trouve que c'est bien, cette notion-là. Mais encore une fois, ils oublient le médecin...
- Hum, hum...
- Voilà. Mais sinon, c'est plutôt clair, c'est plutôt pas mal...
- C'est celle qui te correspondrait le plus ?
- Ouais
- D'accord. Alors, je vais te lire des petites saynètes et tu me diras pour chacune des saynètes : ce que tu en penses ; si ça te paraît grave, moyen grave, pas grave ; si tu penses que ça pourrait arriver ou si tu l'as déjà vu ; et comment tu gères la situation ; et si tu penses que c'est quelque chose qui est évitable, pas évitable ; et qu'est-ce que tu peux mettre en place pour éviter ou pas...
- Tu me reposeras les questions au fur et à mesure ?
- Oui, bien sûr [rire]
- D'accord [rire]
- [lecture de la première saynète « répondre au téléphone devant un patient »]
- Il est gentil. [rire]. Bah, déjà, problème du secret médical, donc ça, évident. Après, le problème de la gestion du temps : comment un médecin fait pour répondre à un urgentiste qui est dans l'urgence et qui a besoin d'avoir le maximum d'éléments, alors que lui il est en consult. Donc ça, c'est

- quelque chose qui est à gérer, donc qui dépend aussi du médecin. Donc ça, c'est à peu près dans la situation « le patient en face me gêne, mais je suis gêné aussi par l'urgentiste de l'autre côté parce que c'est difficile de ne pas lui répondre », donc comment gérer cette situation ? Donc, dans les deux cas, c'est indésirable pour les deux quoi que je fasse. C'est indésirable pour celui qui en face de moi parce qu'il va entendre des choses, et indésirable pour la mamie, qui est ma patiente de l'autre côté, qui a besoin de ces informations-là pour être mieux pris en charge. Donc ça, ça va pas... Après, ce qui est indésirable : qui c'est qui a appelé les pompiers pour cette dame ? Et qu'on ne soit pas passé par le médecin traitant à ce moment-là, c'est-à-dire que peut-être, en amont, avant d'arriver aux urgences, on aurait pu passer par le médecin traitant. Par n'importe quel biais, peut-être par le secrétariat, j'en sais rien. Ce qui permet de transmettre des informations, par exemple par fax, avec un dossier déjà faxé quand la patiente arrive aux urgences. Après, par rapport à la dame en elle-même, dans ses commodités, dans ses antécédents... Bah, je ne sais pas si on rentre là-dedans...
- *C'est comme tu veux... C'est pas obligé...*
 - Non, c'est pas ça, d'accord. Après, c'est quoi les autres questions qu'il faut que je dise ?
 - *Ça te paraît grave ?*
 - Bah, je pense que c'est quelque chose qui est très fréquent... Donc, finalement, le patient qui entend... Donc, là, la décision de dire... on décide de répondre à l'autre patient, qui est aux urgences, donc de mettre un petit peu en défaut celui qui est présent. Je pense que les gens qui sont présents comprennent très bien ce genre de situation, même si c'est pas bien. C'est pas bien, pas qu'ils comprennent, c'est pas bien de le faire. Euh... Qu'il veuille aller la voir à l'hôpital, c'est un autre sujet. Mais euh, c'est problématique parce qu'il se sent impliqué dans le truc, alors qu'il ne l'est pas. Après, comment je gère, c'est ça ?
 - *Ouais*
 - Moi, j'aimerais bien, dans un monde de bisous nounours, que les patients, quand ils sont pris en charge par des pompiers, déjà que je sois au courant. Et que, typiquement, si tu sais qu'il va être adressé dans tel service, dans tel secteur, de faire faxer par la secrétaire, ou d'envoyer par mail, j'en sais rien, les informations du dossier médical sans avoir à les transmettre par voie orale. Voilà... Donc comment je générerais, je générerais comme ça... Et puis maintenant que c'est fait, je m'excuse auprès du patient qui est là en lui disant que, effectivement, ça n'était pas adapté qu'il entende ce genre d'information mais que la patiente va être bien prise en charge et il y a sa famille qui l'entoure, etc.... Pour qu'il se désinvestisse, et qu'il se déculpabilise par rapport à cette dame. Il y avait d'autres questions ?
 - *Tu m'as dit que c'était hyper fréquent mais tu ne m'as pas dit si tu trouvais ça grave ou pas grave...*
 - Moi, je dirais moyen grave... Au sens où on peut expliquer à la personne présente le pourquoi, le contexte un petit peu d'urgence, etc... Et on peut s'en excuser, faire déculpabiliser de l'implication qu'elle a pu avoir. Moyen grave... Si on prend le temps, bien sûr, d'en parler. Parce qu'il y a des médecins qui font ça, et qui raccrochent et qui disent « donc, on parle de quoi ? ». À partir du moment où le patient qui est là s'investit, il faut lui répondre quelque chose. Donc en s'excusant de ça, et en reconnaissant, en fait, que c'était pas bien...
 - *Hum, hum...*
 - Voilà...
 - *OK. Très bien je passe suivant ?*
 - Vas-y
- [lecture de la deuxième saynète « chute au cabinet »]**
- Moi, je dis grave parce que cela fait partie des motifs d'hospit liés aux événements indésirables, tout comme les problèmes iatrogènes, les trucs indésirables, tout ça. C'est évitable en tout cas. Le problème du téléphone et du médecin, voilà, c'est l'éternel problème. Je pense que le téléphone n'a pas à sonner pendant une consultation. Je sais que c'est très compliqué à gérer. Comment moi... Je pense que les nouvelles générations, on est prêt à avoir accès au système d'informatisation, de télé secrétariat, etc. Moi, en tout cas, ce que j'aimerais faire, c'est que certains patients aient quand même accès à ma ligne téléphonique pour me parler mais qu'il y ait un filtre en amont, par une secrétaire formée, qui transmettent le maximum de messages par genre « chat on line », tu vois, que j'ai sur mon ordinateur. On n'a pas à se précipiter sur le téléphone, je ne vois pas la raison. Et puis, est-ce qu'il est adapté la descente de la salle d'examen-là... Est-ce que la table, c'était pas trop haut? Pas trop bas ? Est-ce qu'elle avait ses chaussettes ? Pieds nus ? J'en sais rien, tu vois... Mais les conditions... Et puis voilà, je pense que c'est des transferts physiques chez les personnes... bon là, elle n'est pas très, très vieille... Mais, il faut être là quand il y a un transfert, ça c'est clair, parce que c'est des situations à risque de chute. Voilà... Donc c'est pour ça que je lui mets grave.
 - *Hum, hum... Comment tu réagis vis-à-vis la patiente ?*
 - Je suis trop mal, quoi... Je me dis que j'ai l'air trop con, je l'accompagne à l'hôpital, je laisse mon cabinet... Voilà... En plus, elle s'est pété le col du fémur [rire]... C'est les boules... J'appelle l'urgentiste de tout à l'heure...
 - *[rire]*
 - Donc, voilà, je suis super mal... Je m'excuse platement. Je pense que je la laisse par terre parce que si elle a une fracture et que je la bouge, voilà... Mais j'essaie un peu de l'examiner pour voir ce qu'elle a. Je lui donne des antalgiques dans ma trousse de secours s'ils sont à jour et s'ils ne sont pas périmés [rire]... Et puis, j'appelle les pompiers, après, voilà, si vraiment elle ne peut pas bouger et qu'elle a des signes et tout... Soit, je me rends compte que ce n'est pas cassé, et je pense que je l'emmène... Après, ça dépend vraiment de la clinique... En fonction, soit je l'adresse aux urgences pour faire une radio et une prise en charge, soit elle fait une radio à côté... Parce que dans mon super cabinet j'ai un fauteuil roulant. Donc je peux la mettre sur le fauteuil roulant avec l'aide-soignant qui m'accompagne [rire]
 - *[rire]*
 - Et le radiologue est juste de l'autre côté de la rue. Donc, du coup, je peux lui faire une radio en urgence, récupérer les clichés et adapter. Voilà... Mais, je suis super mal...
 - *Tu vois des moyens d'éviter...*
 - Ah, bah voilà, déjà, pas répondre au téléphone, que le téléphone sonne pas, qu'il n'y ait pas besoin... Là, il y a des marches pour monter sur la table d'examen ?
 - *Sûrement...*
 - Bah, faut avoir une table qui monte et qui descend...
 - *Hum, hum...*
 - Pour que ce soit de plein pied pour les vieux, qu'ils n'aient pas à grimper sur des petits escabeaux. Déjà ça... Et puis, de faire les transferts avec les gens, donc quand ils s'assoient et quand ils se relèvent de la table d'examen. On le fait avec les enfants, il faut le faire avec les vieux... Voilà...
 - *OK. Tu as d'autres choses à rajouter ?*
 - En stage chez le Prat, une fois le dossier de la table d'examen s'est affalé et la dame qui était dessus s'est retrouvé les pieds en l'air. Elle ne s'est pas fait mal, heureusement. Et donc, on a rigolé. Mais c'est un truc qui te plombe ton après-midi.
 - *Tu y as repensé après ?*
 - Ben, oui. Et à chaque fois qu'un patient se mettait sur la table d'examen j'avais peur que ça refasse la même chose... Après il y avait une appréhension.
 - *Une appréhension comment ? C'est-à-dire à long terme ?*
 - Du coup, je me dis que le jour où je m'installe, je prendrai une table d'examen de qualité. Après, c'est comme pour tout, c'est-à-dire que la maintenance d'un four ou d'un micro-ondes, c'est pareil au cabinet, on a du matériel. Donc ça doit être entretenu, ça doit être changé, ça doit être révisé... Et je pense qu'on ne le fait pas bien...
 - *Donc, du coup ça t'a permis de réfléchir sur ton avenir, en fait...*

- Ah bah ouais... Mais ça, ce genre de truc c'est qu'on ne veut pas faire, et on adapte après notre pratique... C'est à ça que ça sert aussi de passer en stage... Voilà...

- **[lecture de la troisième saynète « erreur de clic »]**

- Ça, c'est à cause du logiciel... Enfin pas que... Je suis méchante. C'est à cause du logiciel et du médecin qui est fatigué. Voilà... Heureusement qu'il y a le pharmacien...

- Hum, hum...

- Et puis le patient derrière, parce que des fois les pharmaciens ne voient pas non plus... C'est bien, bravo le pharmacien... Et après, oui, je dirai moyen grave parce qu'il y a le pharmacien et qu'après il y a le patient. Donc moi, je fais confiance au pharmacien et au patient. Donc je dirai moyen grave. C'est quand même grave parce que... Bon, là, c'est un progestatif donc c'est pas très, finalement, voilà... 75 ans il a ?

- 55

- Ouais, ça ne change rien. C'est pas comme si c'était du Préviscan. Mais bon, voilà, je dirai moyen grave parce qu'il y a la barrière de sécurité humaine... Après, le problème du logiciel, qu'est-ce qui fait qu'en tapant le nom d'un médicament, il y en a un autre qui apparaisse ? Ça, ça doit être des logiques de logiciels pour aller plus vite, qui sont un peu bizarres... Il n'y a pas de contre-indication entre les trois médicaments, donc il n'y a pas d'alerte qui peut sonner. Donc, ça c'est quelque chose qui existe sur certains de logiciels qui sont bien, qui mettent des signaux d'alerte. Donc voilà... Après, c'est la fatigue du médecin, quoi. C'est l'attention surtout en fin de journée... Et comment répondra ça ? Refuser les urgences c'est compliqué ; diminuer les consultations, c'est compliqué ; faire des pauses c'est compliqué ; donc je ne pense pas avoir vraiment de solution, à part être des surhommes, quoi. Non, mais je pense que ça fait partie des erreurs humaines... Ben, ça arrive quoi... Et je pense qu'aussi les patients peuvent comprendre... Après, là, l'exemple il n'est pas gravissime d'un point de vue thérapeutique, donc... Mais ça peut être des graves problèmes...

- Tu gères comment vis-à-vis du patient ?

- Ben, le patient... Déjà, je ne sais pas si je le reverrais... Si je le revois, il aura peut-être oublié ou alors il me le dira « ah, mais non, la dernière fois, vous vous souvenez, vous ne m'avez pas prescrit le bon truc ». Est-ce que le pharmacien a dit ce que c'était au patient ? De toute façon, il va falloir que je lui refasse une ordonnance, quoi... Donc il faut qu'il revienne cabinet...

- Hum, hum...

- Donc voilà « excusez-moi, je me suis trompée. J'ai pas fait gaffe. Mon logiciel... » Et je lui explique que dans mon logiciel et il y a un système de truc rapide... je sais pas quoi, et qu'il s'est planté de... L'erreur, c'est moi... Que ça, plus le logiciel, plus la fatigue et tout, voilà. Je m'excuse...

- Ça a un impact sur toi ?

- Ah, bah ouais... Bah ouais, déjà ça fait chier de se planter. C'est pas très... Au niveau confiance par rapport au patient, c'est pas très génial... Et puis, je pense que ce qui est difficile, c'est de se rendre compte que la fatigue et l'accumulation, c'est du travail bâclé entre guillemets. Et qu'on n'a pas envie, en fait... On subit notre propre pratique. Et c'est ça qui est difficile...

- Hum...

- Et on passe pour un blaireau auprès du pharmacien aussi... C'est pas très très top...

- Quand tu dis « ça fait chier de se tromper », c'est-à-dire ?

- Bah, parce que je trouve que... En tout cas moi, je n'aime pas me tromper...

- Hum, hum...

- Surtout pour des trucs cons, c'est-à-dire que je ne me suis pas trompée dans ce que je voulais lui prescrire. Je me suis trompée dans la façon le prescrire, et que... Je pense que si je l'avais écrit à la main, il n'y aurait peut-être pas eu cette erreur-là...

- Hum, hum...

- Parce que je n'aurais jamais prescrit un progestatif, je ne sais même pas le nom de ton truc-là... [rire]

- [rire]

- Mais euh, voilà... Vouloir aller plus vite, finalement par le biais de l'informatisation, c'est paradoxal par rapport à ce que j'ai dit avant, mais ça peut entraîner des trucs qu'on maîtrise pas. Après, on a tendance à faire confiance énormément au logiciel informatique, et donc on ne relit pas. Et donc, ça aussi c'est... Et voilà, on ne peut pas parfait tout le temps, faire attention à tout tout le temps, surtout à la fin de la journée...

- Hum, hum...

- Voilà, ne pas se tromper c'est... C'est pas une erreur sur le fond, c'est plutôt sur la forme, en fait... Donc c'est ça qui est difficile... La forme, en soit, on est censé la maîtriser. Je ne crois pas que l'on soit jugé sur notre travail de forme... La forme en soi... Encore une fois, je pense que les patients peuvent comprendre... enfin, j'espère que le travail de fond d'un médecin, sa prise en charge globale fait que ce genre d'incident peut être compréhensible par un patient. Après, il y en a qui vont dire « c'est l'erreur fatale, il fallait pas qu'il fasse », mais j'espère pas...

- Tu as d'autres choses à rajouter ?

- Non

- **[lecture de la quatrième saynète « le vaccin »]**

- Houlà, ça ça arrive tout le temps ! Je crois que je l'ai déjà fait une fois... C'est une horreur... Et j'ai même fait une fois... je repense aux quatre gosses, je vois tout à fait la scène... Ils étaient deux et ils avaient tous les deux des vaccins différents, et j'ai inversé les deux bébés... L'horreur...

- Tu as géré comment ?

- Le fait d'inverser les deux bébés ?

- Hum...

- J'ai demandé à mon maître de stage de venir voir... J'étais super mal à l'aise mais je n'en ai pas de souvenirs atroces... C'était pas très grave d'un point de vue thérapeutique. En gros l'aîné a dû avoir son rappel quatre à six mois plus tôt, et l'autre il était trop jeune... Et puis, on a dit à la mère que ça n'était pas trop grave, que ça les vaccinait quand même bien et qu'on reprenait le schéma normal... Voilà... Hum, hum... Elle n'était pas très contente. D'ailleurs, je ne l'ai pas revue. Mais on a mis ça, sur le compte que j'étais étudiante... Voilà, mais j'étais trop mal... Et l'autre, l'adjuvant... Et ouais, l'adjuvant je l'ai fait. Je trouve que c'est une connerie, forcément... Déjà, là, pourquoi j'ai chaud ? Il faudrait que je mette la clim dans le cabinet. Et pourquoi elle vient avec ses quatre gosses ? Bah oui, elle n'a pas de nounou, elle peut pas faire autrement, son mari bosse, on comprend... C'est bien gentil, mais ça n'aide pas le médecin à faire son boulot... Donc, première chose, installer une table pour les enfants avec des crayons de couleur pour qu'ils puissent jouer dans un coin du cabinet, pour pouvoir les occuper pendant qu'on s'occupe des autres. Être un peu autoritaire pour mettre le calme si la maman n'y arrive pas. Parce que finalement, la mère, elle les éduque comme elle veut mais là, on est chez le médecin. Donc, c'est au médecin aussi de dire qu'on est chez le médecin et qu'il faut qu'on se concentre sur quelque chose. Et puis, ne pas se laisser disperser... Ce qui n'est pas évident... Le gamin, il bouge, il faut se dépêcher, il faut faire le truc, monter le machin... Et dire à ce putain de labo de nous faire un vaccin qui soit déjà tout mélangé. Qu'il arrête de faire des trucs... Voilà

- Et ce que tu m'as raconté, toi, ton vécu, ça a eu un impact sur toi ?

- L'adjuvant ? Ou d'inverser ?

- Les deux

- Alors, l'adjuvant... Alors, comment l'adjuvant je m'en suis sortie... Je ne l'ai pas dit à la maman. J'ai dit « voilà, il faudra lui en refaire dans un mois » [rire]. Parce que c'était à peu près ce genre de situation, elle m'avait saoulé, je n'en pouvais plus. Il était insupportable le gosse, il bougeait... Mais elle, je l'ai revue plein de fois. Donc, la deuxième fois c'est moi qui lui fais son truc. Et donc je lui dis « eh bien voilà, dans le schéma thérapeutique, on lui en refait dans un mois ». Donc, le bébé, il a eu sa piqûre. Ça m'a pas non plus trop affectée, parce qu'il m'avait tellement saoulée que... Je pense que j'ai justifié mon acte par le fait qu'il m'avait saoulée. Donc, j'ai trouvé un échappatoire. J'ai reporté la faute sur... Je me suis dit

« bien fait ! »... Sadique [rire]... Et les autres, par contre, j'étais super mal. Parce que après, j'ai re-regardé l'impact d'un vaccin plus tôt, ou trop tard ; est-ce que vraiment ils étaient bien vaccinés, etc. là, j'ai trouvé que ça n'était vraiment pas classe... Après, si, maintenant que je repense je m'étais dit que je verrai les enfants séparément. Oui, d'ailleurs j'avais fait une trace d'apprentissage sur ça : le fait de faire sortir les parents et de voir les enfants seuls. Quand ils sont tout petits, c'est compliqué pour les tenir... Et du coup, je crois qu'après, j'avais dit aux parents de venir à deux, pour qu'il y en ait un qui gère, qui sorte et que l'on reste avec un enfant. Que l'on sépare les deux enfants. Que ce n'était pas possible de voir tout le monde en même temps. Et en plus, je trouve ça pas mal, pour que l'enfant ait sa consultation à lui. Qu'on se concentre sur lui, et que ce soit chacun son tour. Voilà...

- Hum, hum...

- Mais clairement, je n'étais pas bien...

- Et tu y repenses encore maintenant ?

- Bah là, parce que tu m'en parles, sinon...

- Sinon non ?

- Non. Mais je pense que c'est ce genre de truc auquel tu penses quand tu te retrouves... Là, les quatre gosses, je revois tout de suite la scène. Ça m'y a fait penser direct. Bon, ils étaient deux. Mais c'est des trucs, quand tu vois arriver, tu te dis « Ha ! »... Je pense que tu te dis « holà, fais gaffe, tu vas te planter ». En fait, je pense qu'avec l'expérience, tu sens les situations où il va y avoir un problème, où tu risques de faire une connerie pas voulue parce que le contexte fait que ça va être compliqué, fatiguant. Tu sens le problème arriver. Et, oui, tu vois arriver une famille en fin d'après-midi avec les gamins excités, la mère seule, qui gère pas, qui n'en peut plus elle-même, les vaccins de l'un de l'autre, et tout... Oui, tu sais que tu vas merder. Donc, je pense qu'avant de commencer, réfléchir à comment tu vas agir pour organiser. Rester concentrée. Voilà...

- OK. [lecture de la cinquième saynète « le vaccin bis »]

- Je ne sais pas...

- [rire] C'est-à-dire que tu ne sais pas ? Qu'est-ce que tu fais ?

- Je gueule sur la mère en lui disant qu'il fallait qu'elle tienne sa gosse [rire]

- [rire]

- Comme ça je ne vois plus après... J'en sais rien, il y en a combien qui est parti ? Tout ?

- Une certaine quantité...

- Oh, dis-moi un peu, quoi...

- C'est à ton appréciation...

- Et bien, ça dépend de la certaine quantité... Si j'estime qu'il y en a trop peu qui est passé, je lui dis qu'il faut refaire parce qu'elle a bougé. Donc je n'ai pas réussi à tout injecter, et ça ne sera pas assez efficace. Si je pense que c'est un peu plus de la moitié, je vais me dire « voilà, c'est bon ». Par contre la prochaine fois il faudra qu'on la tienne un peu mieux. Moi, il y a un truc que je fais, je leur donne du sucre aux gosses, avant de faire les vaccins. Enfin, je leur fais téter un truc. Et puis, je dis à la maman que ce n'est pas grave parce que, soit on le refait mais c'est une petite piqûre et on peut mettre un patch d'Emla ; et puis on n'est pas obligé de le refaire tout de suite, on peut attendre un peu. Voilà, j'essaie de la rassurer. Et s'il ne faut pas le refaire, et bien voilà... Par contre, moi ce que je n'aime pas, c'est quand ils bougent et que ça les griffe avec l'aiguille...

- Hum, hum...

- Bon là, elle n'est pas griffée ?

- Non, ça va [rire]

- [rire]

- Et justement, ça te paraît...

- Je dirai à moyen grave, pas trop grave.

- Ça a un impact sur toi ?

- Non.

- Tu lui dis forcément la maman, même si c'est une petite quantité qui est sortie ?

- Si j'estime qu'il en a assez et qu'on ne doit pas le refaire ?

- Ouais

- Non, je ne lui dis pas.

- D'accord

- Enfin, ça dépend comment elle est. Si elle est complètement stressée, psychorigide, non je ne lui dis pas parce que ça va la stresser pour rien. Si je pense que voilà... Après, déjà, j'essaie de voir si elle s'en est rendue compte...

- Hum...

- Si je pense qu'elle ne s'en est pas rendue compte, ça ne sert à rien de la stresser si moi j'estime que ça suffit. Si elle avait vu, et que je vois dans son regard qu'elle se demande « c'est quoi ces petites gouttelettes », je lui explique...

- Hum, hum... OK. Je passe suivant ?

- Hum...

- [lecture de la sixième saynète « problème de compréhension »]

- Eh bien, là, ils vont mettre en place les interprètes gratuits en ligne pour les médecins. Voilà... pff... Vas-y, redis tes questions... Il faut que je dise grave pas grave ?

- Ouais

- Ben, grave... Ouais grave... Parce que conséquences importantes sur le patient à court terme, et puis pour son articulation. Après, comment pallier à ça...

- Déjà, comment tu gères vis-à-vis du patient ?

- Ben, maintenant qu'il a un interprète, je vais lui dire « écoutez, on s'est mal compris. Je suis désolée. Je n'avais pas compris que vous n'aviez pas compris ». De toute façon, comme il n'avait rien capté la première fois, ça sera une information nouvelle pour lui...

- [rire]

- Donc lui, il va dire « Ha, je n'avais pas compris ». À moins qu'il dise « putain, vous auriez pu mieux m'expliquer ». Bah oui, mais il y a une barrière de la langue... Donc, je pense que quand il y a une barrière de la langue, c'est des deux côtés qu'il faut essayer de trouver des solutions. C'est pas... quelqu'un qui vient, qui ne parle pas français et qui va voir un médecin français, je pense qu'il ne met pas les chances de son côté, non plus. Les gens intelligents viennent avec des interprètes ou ont au moins un interprète possible au téléphone. Donc, là je pense que les torts sont partagés entre guillemets. Mais bon c'est pas vraiment une question de trouver le tort, à qui la faute, mais... Voilà, donc, moi, je me sens concernée, oui, mais ça va pas non plus me, voilà... Surtout, maintenant, ça sert à rien de revenir en arrière... Il faut agir... Après, comment améliorer et faire que ça ne se reproduise pas... Donc, quand les gens viennent pour la première fois, tu ne peux pas leur dire qu'ils viennent avec un interprète s'ils ne le font pas d'eux-même. Après, si tu es face à quelqu'un qui ne comprend pas... Si tu as l'impression qu'il ne comprend pas, comment tu fais, tu es coincé. Tu as l'heure qui tourne, tu as des patients qui attendent derrière. Tu lui dis « bah voilà, allez aux urgences ou trouvez un interprète ». Soit, tu as ton réseau avec les interprètes en ligne ou Google trad ou machin, où tu galères, finalement, tu perds du temps, mais tu vas au bout. Soit, je ne sais pas, peut-être que tu peux appeler les pompiers pour qu'ils te le prennent... Je ne sais pas si ça marche... Ou une ambulance...

- Hum, hum...

- Bon, il ne va pas avoir la CMU, j'en sais rien, c'est compliqué... Pour qu'ils l'emmènent, en fait, à l'hôpital. Ou alors, tu écris en énorme sur un papier, je ne sais pas si il sait lire, donc voilà... Je pense que tu essaies un petit peu toutes les façons de dire urgences... Et voilà, comment je gère maintenant ? Ben, son pote, il parle français, donc il l'emmène. Et il reste avec lui pour expliquer au médecin ce qui se passe... Et je fais un courrier...
- *Quand tu dis « c'est grave mais en même temps ça n'a pas beaucoup d'impact pour moi »*
- C'est grave pour lui
- *Donc c'est grave d'un point de vue clinique ?*
- Ouais
- *Ouais. Mais d'un point de vue, toi en tant que médecin...*
- Moi, en tant que médecin, il y a quelqu'un qui vient, je fais un diagnostic et je l'adresse à un endroit... Oui, il faut s'assurer que l'information est passée. Donc oui, peut-être que là... Mais, si le mec te dit « oui oui », il baragouine deux mots de français et que tu as l'impression qu'il, voilà... Enfin, tu peux te planter. Je pense que de 10 minutes, 15 minutes quand tu vois les gens... pour te rendre compte de leur vocabulaire complet, que le mec te fait bonne impression, et qu'il répond
- « oui, OK, oui docteur, merci »... pff, je ne vois pas vraiment ce que tu peux faire de plus... Surtout, moi ce genre de trucs, je lui donne une adresse, je lui dis où c'est, je lui dis comment y aller, je lui donne un courrier, etc., tu vois... Après, il a pris des antalgiques ? Il a dit qu'il avait attendu de ne plus avoir mal ?
- *Oui*
- Il a attendu de ne plus avoir mal, en fait... Voilà
- *OK... [lecture de la septième saynète « visite à domicile »]*
- Bah ouais, ça c'est la prescription, le renouvellement automatique pour ne pas perdre de temps. Donc c'est... Déjà, je ne ferai pas de visites à domicile... [rire]
- *[rire] Dans l'idéal, c'est ça ?*
- Ou alors, je ne fais que des visites à domicile et je me balade avec l'intégralité, avec un truc adapté, avec une tablette et tout informatisé, les dossiers de mes patients, les courriers scannés, tout ça... Je pense que la technologie de demain va nous permettre de moins faire ce type d'erreur. Encore faut-il ne pas se laisser tenter par un renouvellement automatique qui est trop facile. Et puis, je ne sais pas, poser la question à la dame d'où elle en est de son traitement. Elle est quand même censée, si elle n'est pas trop démente, savoir ce qu'elle prend. Est-ce qu'elle a une infirmière ? Si c'est elle qui prend ses médicaments, on aurait peut-être dû poser la question de ce qu'elle prend. Mais, euh, voilà...
- *Hum, hum...*
- Enfin, là, je ne me sens pas concerné parce que ce n'est pas le genre de truc que je fais. Mais oui, je pense que ça peut arriver très très vite. Vu que la fille s'en est rendu compte le lendemain, elle n'a pas rebouffé l'ancien antihypertenseur. Donc, finalement, conséquences: pas trop. La fille... ben, bravo pour la fille, ça veut dire qu'elle s'occupe bien de sa mère. Après, l'impact que ça a sur moi... Oui, à part de passer pour un peu con... Voilà, je pense que c'est des choses qu'on peut expliquer aux gens « c'est vrai que je n'avais pas le dossier complet avec moi. La lettre du cardiologue, je vous avoue qu'entre mes 300 patients, je l'ai zappée. Heureusement que vous êtes là... Et puis, la prochaine fois... » Je pense que les visites à domicile c'est toujours très compliqué parce que c'est soit de l'urgence, avec de l'adressage, soit du renouvellement. On examine mal les gens parce qu'on n'est pas dans des bonnes conditions, qu'on va vite, qu'on n'a pas les moyens sur place. Voilà, il faut aller vite. On n'a pas notre support, en fait, de base complet. Et oui, on fait ce genre d'erreur. Donc moi, je ne suis pas très partisane de la visite rapide entre midi et deux. Si il y a des visites à faire, et je pense que c'est nécessaire parce qu'il y a énormément de gens qui en ont besoin, consacrer des demi-journées ou des plages plus larges, et peut-être aller voir les gens au moins fréquemment. Mais faire le point à chaque fois, comme s'ils venaient au cabinet, quoi... Mais je pense que voilà, le support technologique peut aider pas mal. Voilà...
- *Comment tu gères vis-à-vis de la patiente ? Vis-à-vis de sa fille ?*
- Ben, je m'excuse et je lui dis que ben voilà, heureusement qu'elle a vu, c'est très bien. Le problème de la prise en charge à domicile, c'est possible quand il y a un investissement aussi de la part des familles, voilà. Donc, c'est bien qu'elle se sente investie et qu'elle vérifie derrière moi. Et que je l'encourage à continuer parce que ça ne veut pas dire que je ne le referai pas. Et que je trouve ça très bien. Voilà... Je pense que ça ne sert à rien de trouver des justifications trop longues. Tout simplement dire « bah oui. Merci d'avoir vu pour moi il faut vraiment que je l'imprime et que je me le note. Après, heureusement que vous l'avez vu parce que du coup elle ne l'a pas repris ». Ça ne sert à rien de dire « oui, elle aurait repris c'était pas très grave. Ça ne l'aurait pas tuée »... Ça, ça ne sert à rien, parce que la fille... Je pense que ça ne fait qu'aggraver le problème. Je pense que la fille se dit « elle n'est pas très investie auprès de ma mère. Elle n'est pas capable de lire le courrier du cardiologue qui lui, lui fait un joli courrier ». Simplement lui dire « j'ai vu le courrier. Maintenant que vous me le dites, c'est évident. Voilà, je suis venue entre midi et deux, je n'avais pas le dossier sous la main », « bah, il fallait venir avec le dossier » « bah oui »... Voilà...
- *C'est grave ?*
- pfff... Oui, enfin... pfff, je ne sais pas... Je pense que ce qui est grave, c'est de represcrire systématiquement tout.
- *Hum...*
- Là, c'est pas très grave parce qu'il y a eu la fille, qui encore une fois, a fait la barrière pour pas que ça ne devienne pas grave. Et puis, dans cet exemple l'antihypertenseur, je ne sais pas ce que c'est, si ça interagit avec les autres traitements, bon... Je ne sais pas si c'est très très, très, très grave. Le plus grave pour moi, c'est le renouvellement systématique... Voilà, ça oui...
- *C'est de ne pas se reposer des questions ?*
- De ne pas se reposer de question, de ne pas remettre à jour les trucs, de ne pas essayer d'en enlever au maximum dès qu'on peut, surtout chez les personnes âgées. Et puis je trouve que l'intérêt de ce boulot, c'est ça. Sinon n'importe qui peut le faire, de renouveler. La patiente peut faire toute seule. Donc, c'est plutôt ça qui est grave. Voilà...
- *OK. [lecture de la huitième saynète « examens complémentaires non lus »]*
- Euh, je ne comprends pas. Ils ne sont pas arrivés dans la boîte mail avant le samedi ?
- *Si, ils sont arrivés dans la boîte mail le lundi...*
- Ah, et je ne les ai pas vus... Parce que je n'ai pas regardé ma boîte mail ?
- *Oui, ou alors tu as regardé en diagonale...*
- Euh, bah ouais, c'est grave...hum... Je reçois les résultats par mail ?
- *Oui*
- De labo ?
- *Ouais*
- Ah, c'est bien...
- *[rire] C'est la technologie...*
- C'est top! Mais pourquoi ils ne sont pas revenus le mardi ?
- *[rire] Tu veux qu'on les appelle ?*
- Non, déjà, moi, j'ai ça le samedi matin, je me l'écris en rouge sur un post-it sur mon bureau pour le lundi matin. Donc, déjà... après, les mails... Je ne sais pas, moi, je l'écris en rouge. Ça m'obsède le dimanche...
- *Hum...*

- D'ailleurs, je ne sais pas si je lui fais faire juste un bilan. Elle a une tachycardie, elle n'est pas bien, elle a 12 ans. Je me demande si je ne l'envoie pas aux urgences. Donc voilà... Et puis, si le mardi ils ne sont pas là, je pense que je les appelle, quoi...
- Hum...
- Après, bon, admettons que ce soit ce qu'elle a. Que j'ai vraiment eu autre chose à foutre entre-temps... Comment changer ça ? Oui, le labo peut appeler...
- Hum...
- Quand même... Je pense qu'il y en a qui le font... Après, moi je me demande... Pourquoi les gens ne sont pas revenus le mardi : est-ce qu'ils sont allés à l'hôpital entre-temps, est-ce qu'il y a eu un problème, etc. Donc, moi j'appelle les gens. C'est le premier truc que je fais vendredi : savoir où ils en sont. J'appelle le labo pour savoir pourquoi ils ne m'ont pas appelée. Et puis, après, comment changer l'histoire du mail... Donc, on ne le reçoit pas en papier ?
- Non
- Plus regarder les mails [tape sur la table] mais bon... Les mails, ils sont classés ? Examens complémentaires ? Tu vois, je sais pas...
- C'est une boîte dédiée à ça...
- Il n'y a que ça ?
- Ouais
- Donc en fait, je ne l'ai pas regardée...
- Hum...
- Ben, il faut regarder... Ça fait un truc de plus à faire... [sourire] mais, ouais...
- Ça a un impact sur toi ?
- Hum... Après, tu vas me faire une personnalité type, tu sais, la meuf qui en a juste rien à foutre... [rire]
- [rire]... Il y a plusieurs types, rassure-toi...
- J'imagine, il y avait les « beaucoup » et les « pas beaucoup »... Est-ce que ça a un impact sur moi ? Ben, oui, ça a un impact sur moi. Mais j'ai du mal à me mettre dans cette situation parce que je pense vraiment pas... Enfin, on ne sait jamais, mais... Déjà, je te dis, je ne sais pas si je ne l'aurais pas envoyée aux urgences. Un samedi... Parce que si elle décompense un truc le dimanche, on a l'air con...
- Hum, hum...
- Donc, voilà... Après, encore une fois, oui, je pense que j'aurais mis des barrières de rappel pour éviter d'arriver à cette situation-là. Et je pense que j'aurais quand même fait un peu flipper les parents pour qu'ils reviennent, voilà... Après, est-ce que ça me remet... Oui, clairement, tu as zappé ça, tu es pas bien du tout, quoi... Clairement que ça m'atteint, oui c'est clair...
- Ça t'atteint d'un point de vue : toi personnellement, toi médecin...
- Alors... dès que c'est un gamin, moi, maintenant que je suis maman, ça m'atteint personnellement ce genre de truc. Je suis beaucoup plus sensible à ça. Euh... Encore une fois, est-ce que ça m'atteint « médecin » ? Oui, parce qu'il faut bien faire les trucs, tout ça... Mais, finalement, moi j'ai prescrit mon examen complémentaire. Dans le fond, finalement, je l'ai examiné. Si je ne l'ai pas envoyé aux urgences, c'est qu'il n'y avait pas des critères de gravité qui faisaient que... Donc, je pense que la prise en charge est la bonne.
- Hum, hum...
- Le problème de la consultation de contrôle, on sait toujours que c'est incertain, parce que les gens ils comprennent... ils ne comprennent pas, ils viennent... ils viennent pas, ou ils ne peuvent pas. Donc, ça c'est toujours un risque qu'on prend. Et puis, sur la forme, voilà... Encore s'en vouloir pour une connerie d'organisation. Mais là, je pense que quand même la situation aurait fait que j'aurais dû faire gaffe plus... C'est un petit peu des deux... Voilà...
- Tu as d'autres choses à rajouter ?
- Non
- [lecture de la neuvième saynète « interactions médicamenteuses »]
- Bah, ma pauvre dame ! Fallait pas être diabétique [rire]... Bah déjà, je pense que là, maintenant, il y a des logiciels qui te mettent des alarmes quand tu mets deux médicaments... Le pharmacien, ils font bien ça aussi maintenant parce que pareil dans leur... Après, c'est ça, le pharmacien n'est pas censé le voir si tu fais une ordonnance différente du Triflucan et qu'il n'a pas la délivrance coordonnée des deux médicaments. Lui, il peut ne pas le voir. Moi, je pense que je devrais pouvoir le voir... Enfin, avoir un rappel en tout cas. Après, il faut être super fort pour penser à tout ça, tout le temps, ça c'est clair que oui... Le Triflucan, c'est quand même un médicament un peu costaud qui a pas mal d'effets secondaires et il faut faire gaffe... Quel âge elle a ? On ne sait pas ?
- Non, on s'en fout... Elle n'est pas très vieille, et elle n'est pas très jeune...
- Il faut faire un peu gaffe... Déjà, ce qui me gêne, c'est de mettre du triflucan d'emblée pour... C'est une dysphagie ?
- Une gêne œsophagienne... Oui, c'est une dysphagie...
- Je ne sais pas, bon... Je ne sais pas si sur une dame qui vient pour une gêne œsophagienne, je la mets d'emblée sous triflucan.
- Hum, hum...
- Voilà... Bon, admettons que ce soit fait, comment ne pas... Ben, réfléchir, être super fort, penser à tout le traitement. Je pense que ça c'est une erreur que l'on fait tout le temps... Clairement...
- Ça te paraît grave ?
- Euh, bah oui... Là, mais les exemples ils sont potentiellement graves mais ça va, je pense qu'on peut avoir pire encore comme association médicamenteuse. Mais oui, c'est grave. C'est clair. Et ça fait partie des trucs qui sont très difficiles à éviter parce que ça demande une acuité de la part du médecin... On serait des super médecins tout le temps... Et tu penses bien faire, et en fait, tu fais mal. Donc, après, avoir ce comportement de ne pas nuire... Tu vois, peut-être attendre... Se donner du temps et ne pas prescrire tout de suite d'emblée. Si tu penses vraiment qu'elle a une candidose œsophagienne qui la gêne, c'est délicat parce que tu ne vas pas lui changer son traitement diabétique si elle est équilibrée et qu'elle est bien avec ce traitement-là. Donc, peut-être, voilà, regardez... Ça voudrait dire qu'à chaque fois qu'on prescrit regarder les effets indésirables avec les médicaments déjà prescrits, sachant qu'il y a des médicaments prescrits par d'autres prescripteurs et qu'on n'a pas la liste exhaustive de tout ce qu'ils prennent... Sans parler de l'automédication. C'est très, très compliqué. Euh, je pense que... Moi, est-ce que ça m'atteint, moi ? Ça me fait me poser des questions sur ma pratique mais je ne vais pas me sentir mauvais médecin par ailleurs parce que finalement, si c'est vraiment ça qu'elle a, le traitement ça va être celui-là... Mais ça va me poser des questions sur ma pratique... Sur comment est-ce que je peux mieux gérer ça... Vraiment, qu'est-ce que tu proposes comme traitement, comme alternative... Ben, voilà, ben, je donne quoi ? Voilà, est-ce que je peux donner à des moments différents ? Est-ce que la dose peut changer ? Est-ce qu'il n'y a pas un autre antifongique qui ferait moins d'effets ? Voilà... Mais ça, ça serait plutôt pour de la remise à niveau, de la réflexion sur la pratique de prescription. Humainement, la dame, elle est revenue. C'était bien qu'elle soit revenue. Ça veut dire qu'elle a confiance, qu'elle ne m'accuse pas d'avoir fait un truc, et tout. D'ailleurs, ça allait mieux sa candidose œsophagienne [sourire]...
- Comment tu gères vis-à-vis de la patiente ?
- Ah, bah, je lui explique clairement que les médicaments c'est bien mais ça a beaucoup d'effets secondaires. Et que dans son cas, elle a besoin de ces deux médicaments-là qui ne sont pas compatibles ou du moins qui peuvent donner ce type d'effets secondaires. Donc, on va essayer de trouver une solution. Voilà... Et là, je cherche ma solution en direct avec elle parce que... Mais je pense que le fait de reconnaître devant les gens que « oui, il y a un problème », ça fait partie du deal...
- Hum, hum...
- Après, ouais...

- Ça a un impact... Donc, tu m'as dit au niveau de ta réflexion sur ta pratique de tous les jours. Mais ça a un impact émotionnel sur toi ?
- Non. Pff, non, non... Euh, émotionnel... Non, ça va me pousser justement à approfondir... C'est intéressant comme cas... D'un point de vue technique... Émotionnel, bon... Là, elle n'a pas fait de coma hypoglycémique, quoi... Bon, on va arrêter et on va voir... Il y a pire...
- OK. Tu rajoutes autre chose ?
- Non
- **[lecture de la dixième saynète « allergie médicamenteuse »]**
- Alors, comment il le sait, lui ? Non, je ne comprends pas... Tu demandes toujours aux gens s'ils ne sont pas allergiques avant de prescrire un truc... Le « toujours » peut-être pas, mais en tout cas tu dis aux gens ce que tu leur prescrites. Enfin, moi, je leur explique toujours, qu'est-ce que c'est ça, qu'est-ce que c'est ça, combien il faut en prendre, etc.... Je pense que ça favorise l'observance. Et juste là, la dame, elle est censée réagir.
- Clamoxyl, amox...
- Non, je dis ce que c'est...
- D'accord
- Je leur dis « c'est un antibiotique, c'est de la pénicilline ». Je pense que je le dis, clairement parce que j'aime bien expliquer aux gens et qu'ils sachent ce qu'ils prennent. Je ne comprends pas que ça ne soit pas noté dans le dossier, d'ailleurs. C'est que ça a été oublié, c'est grave... Très grave... Euh, oui ça m'atteint parce que... Oui, clairement, ça m'atteint parce que c'est potentiellement très grave ; parce que ça me fait chier que le pharmacien le sache et pas moi ou du moins que lui, il l'avait vu et pas moi... Ça me fait chier que la patiente ne me l'ai pas dit, parce que ça veut dire qu'elle n'avait pas capté ce qu'elle allait avoir un médicament. Donc là, c'est faux sur toute la ligne, ça va pas...
- Donc, ça un impact très négatif sur toi ?
- Ouais... Ouais, ça me fait bien chier... Clairement... Et même la dame... Alors, spontanément, comme j'ai un caractère de merde, je lui dirais « pourquoi vous ne l'avez pas dit ? ». Là, elle va me répondre « vous n'avez pas posé la question ». Donc là, on est dans l'impasse, ça n'avance pas. Donc, une fois qu'on s'est dit ça... « Eh bien voilà, maintenant je le saurai » [sourire]... Et là, j'ai envie de dire : heureusement que le pharmacien était là. Et après, tous les patients, je vais leur demander leurs allergies à tout... [rire]
- [rire]
- Mais euh... pas classe... Et après, j'interroge les gens à chaque fois. Expliquer ce que c'est, ce qu'on leur donne, bien vérifier... Ça doit être des automatismes, en fait... Il y a des gens qui ne font pas le lien « vous est allergiques à la pénicilline ? », ils ne pensent pas que c'est l'amoxicilline alors qu'ils sont allergiques à l'amoxicilline. Bon ça, ça fait partie de l'éducation du patient... Éduquer les gens... Voilà...
- Et, qu'est-ce que tu mets en place pour essayer de prévenir ça ?
- Ben, mon logiciel informatique, je mets en énorme la case « allergies » en face de la prescription.
- Hum
- Voilà. Et puis, qu'est-ce que je mets en place... J'essaie d'éduquer mes patients mais bon, c'est un travail de longue haleine... Je ne fais pas de TDR [rire]
- [rire]
- Non, non... À part faire attention et m'écrire en gros sur le mur « allergies ». Derrière les patients, tu sais, quand tu les vois qu'il y est écrit « allergies ».
- Tu as d'autres choses à rajouter ?
- Non
- **[lecture de la onzième saynète « consultation par téléphone »]**
- Et donc ?
- Ça s'arrête là... On s'en fiche après...
- Mais non, tu veux que je dise quoi ?
- [rire] Est-ce que ça te paraît grave, pas grave ?
- Est-ce qu'il y a un effet indésirable...
- Est-ce qu'il y a un événement indésirable ?
- Redis-moi ce qu'elle dit au téléphone...
- Elle dit « il est un peu fatigué, comme à chaque fois qu'il est malade, docteur. Mais il boit bien le biberon que je lui propose. »
- C'est tout le problème de donner un avis médical par téléphone... Moi, je ne le fais pas... En tout cas, je ne pense pas le faire... En tout cas le faire filtrer par ma secrétaire bien formée... Qui elle, n'en donnera pas non plus... C'est toujours de savoir... On ne peut pas prendre en charge quelqu'un sans la clinique... Voilà, pour remédier à ça, c'est de ne pas... Soit, on accepte de prendre téléphone et donc, d'avoir des infos partielles. Et d'être un peu impliqué. Dans cette situation, soit on décide d'aller jusqu'au bout et on leur dit de venir. Et tant pis on sera 2 heures en retard. Sinon, on les adresse à quelqu'un d'autre. Donc on se délègue. Soit on décide de ne pas prendre la communication. Mais à partir du moment où on commence, où on fait de l'entre-deux, oui, ça peut merder. Après, on ne peut pas passer 1 heure au téléphone, tant qu'on n'examine pas un enfant, l'avis ne sera jamais complètement bon. Après, la mère, si elle était vraiment inquiète pour son enfant, elle aurait été aux urgences à 2h00 du mat. Voilà... Moi, ça ne m'atteint pas personnellement parce que... Avec ce qu'elle m'a dit au téléphone je pense que j'aurais dit « bon, ça a l'air d'aller ». Mais ce « ça a l'air d'aller » c'est pas quelque chose de satisfaisant... Donc, je ne le fais pas, en fait, je ne le ferai pas... Je lui dirais « écoutez, Mme, de ce que vous me dites ça à l'air d'aller. Mais je ne le vois pas. Et comme vous n'êtes pas médecin, voilà... Je n'ai pas le temps de passer 1 heure avec vous pour avoir tous les détails donc il faudrait que je le vois. Je ne peux pas le voir aujourd'hui. Donc aller voir un autre confrère ou aller aux urgences si vous le sentez. Mais voilà, moi je ne peux pas... ». Mais j'explique que ma réponse n'est pas satisfaisante. Et je l'invite... soit j'accepte de la voir aujourd'hui, soit je l'invite à aller voir quelqu'un d'autre. Si, spontanément, elle ne va pas voir quelqu'un d'autre et qu'elle revient me voir moi, le lendemain, eh bien voilà... Et que c'est la merde... Voilà... Mais la réponse du médecin de l'entre-deux... dire que c'est pas satisfaisant et que ça suffit pas. Donc, on ne peut pas se fier à ce que l'on répond par téléphone. Donc, soit on dit que c'est pas fiable, soit on ne répond pas.
- Donc ce n'est pas un événement indésirable...
- Alors, non... D'ailleurs l'enfant il est déshydraté. Voilà, peut-être qu'il s'est aggravé dans la nuit. Au moment où elle m'appelle, peut-être qu'il était très bien. Il boit ses biberons... Ouais...
- OK. **[lecture de la douzième saynète « le confrère »]**
- Ah ouais, ça c'est insupportable... L'événement indésirable, c'est pas moi, c'est le pneumologue... Moi je me dédommage... Alors, d'accord, je suis médecin traitant. Mais d'abord son courrier je le reçois combien de temps après ?
- Quelques semaines...
- Alors, pourquoi je reçois quelques semaines après un courrier ? Déjà, je crois que c'est cinq jours... Dans les textes... À partir du moment... Moi je pars du principe, qu'à partir du moment qu'un médecin constate quelque chose et décide d'une prise en charge, il gère son truc. C'est lui qui avait vu... Moi, j'ai pas vu... Enfin, je l'ai vu moi le scanner ? J'adresse au pneumologue pour le scanner et les ganglions ?
- Ouais, ouais...
- Moi, j'ai pas vu l'épaississement de l'œsophage ? C'est dans le compte-rendu du scanner ?
- Je ne sais pas...
- Non, mais enfin, lui, il le voit. Super, il l'a vu. Il dit « il faudrait qu'il aille voir un gastro ». OK, ben, tu t'en occupes. C'est toi qui a eu l'idée, c'est toi qui a vu le truc, c'est idiot... Après, tu ne peux pas courir après tous tes malades en leur disant « vous vous souvenez, le pneumologue que vous

aviez vu, alors que moi je ne l'ai pas vu, qu'il ne m'a pas envoyé de courrier et que je ne sais pas ce qu'il vous a dit. Il m'avait dit que... » Enfin... Voilà... Mais oui, il y a une perte de chance pour le patient. C'est clair. Il y a potentiellement un événement indésirable. Mais je pense que c'est un problème de communication entre les deux médecins.

- Hum, hum...

- Se mettre d'accord sur qui fait quoi...

- Hum, hum...

- Bah oui, tu l'as vu, tu fais quoi ? Là, on ne sait pas. Donc, un moment... Donc, c'est facile de dire ça sera l'autre, ça sera l'autre... Voilà... Donc, comment je ferais : « très bien, tu as vu ça, alors qui s'en occupe ? Tu le fais, ou je le fais ? » « Ça m'arrange que tu le fasses » « OK, très bien ». Et moi, je le note dans mon dossier. Après, tu ne peux pas... Si tu mets des alarmes pour tous tes patients, tout le temps, tu ne t'en sors pas. Mais, est-ce qu'il a bien expliqué au patient ? Est-ce que le patient, il n'aurait pas pu aussi... Là je dirais clairement, il fallait voir clairement avec le pneumologue et savoir qui gérait. Voilà... Là, je ne me sens pas humainement touchée. Ça me fait chier pour mon patient mais... J'aurais peut-être dû lui demander... Enfin, moi spontanément quand je vois un truc, je vais au bout de ce que je fais. Donc, ça m'étonne que lui ne le fasse pas. C'est pas pareil... Ouais, c'est dommage pour le malade... Mais moi ça ne me... Personnellement... Voilà...

- OK. À part les événements dont tu m'as parlé, est-ce que tu as déjà été témoin ou actrice d'un événement indésirable qu'il soit grave ou pas grave, à l'hôpital ou en cabinet, peu importe ?

- Ouais, il y a l'exemple de la phlébite... Tu sais, tu as une suspicion clinique de phlébite. Tu n'y crois pas trop. Tu arrives à avoir un doppler en urgence. Je l'envoie à pied au doppler, et il fait une EP. Voilà, sur sa phlébite... Ça, ce genre de truc, c'est des événements liés à un manque d'organisation, de réseaux, de moyens de « à qui je l'adresse ? Comment je l'adresse ? » Une ambulance, tout ça... Je pense que ça c'est quelque chose qui est assez fréquent... Après, il y a des événements indésirables vraiment trop cons : le patient, la porte qui claque et le patient est enfermé de l'intérieur. Le genre de trucs débiles, mais qui ne sont absolument pas liées à la pratique médicale en elle-même. Mais qui font partie de l'effet indésirable en cabinet parce que c'est un lieu de vie, finalement. Donc tu as tous les événements comme les événements domestiques, pareil...

- Hum, hum...

- Tu as les accidents d'exposition au sang... Donc ça oui, ça arrive... Après, là, c'est plus dans des circonstances d'appel, de gens qui reviennent, qui ne reviennent pas... Je pense que ça, ça arrive très souvent. Mais on a du mal à les classer comme événement indésirable, en fait. C'est difficile la distinction événement indésirable-erreur médicale, tu vois. C'est ce qu'on disait au tout début. Il peut y avoir un événement indésirable sans qu'il y ait d'erreur. Et vice-versa... Après, je distinguerai aussi l'atteinte du médecin sur le plan humain, avec le transfert et l'investissement, tu vois chez ses patients ; et sur le plan purement organisationnel... Il y a beaucoup de cas de figures différents... Mais oui, ça arrive... Je pense, qu'il y en a beaucoup plus qui sont arrivés sans que je m'en rende compte...

- Hum...

- Mais là, ça paraît évident, quand tu racontes tes trucs, que c'est tout le temps.

- [rire] Est-ce que le fait qu'on discute toutes les deux, ça a modifié ta vision vis-à-vis des événements indésirables ?

- Euh, modifier, je ne sais pas... Je ne sais pas si je me posais vraiment de questions avant... Mais, oui, sensibiliser... ouais, c'est un peu flippant quand même... Après, si on était parfait, ça se saurait... Mais bon, c'est bien, ça veut dire qu'on peut améliorer plein de choses. Ce qui est dommage, c'est qu'au passage il y a quelques patients qui en prennent dessus. Mais tu n'as pas d'exemple sur les événements indésirables du médecin, à part la fatigue...

- Hum...

- Le médecin qui a un accident de bagnole en allant à sa visite en urgence...

- Hum...

- Tu vois... Pour moi, il y a ça aussi... Ça ne tombe pas que sur les patients... Après, tu vois, un patient qui est en retard un deuxième qui est en retard, un troisième qui est en retard, c'est de l'événement indésirable pour les autres malades derrière, pour le médecin et tout... Et je pense que dès que ça ne roule pas complètement lisse, il y a un événement indésirable. Donc, en fait, c'est tout le temps...

- Hum...

- Et à tous les niveaux, tous les échelons du système de la prise en charge... Voilà...

- Est-ce que tu trouves que pendant les études, on a été suffisamment sensibilisé ?

- Absolument pas...

- Tu as déjà eu des cours, ou pas ?

- Pas du tout

- Pas du tout. Ça te paraît important d'avoir ce type de réflexion ?

- Ah, mais c'est top. Tu fais un cours avec tes cas cliniques, ça suffit largement. Non, mais tu vois ce genre de cas cliniques. Tu fais réfléchir les étudiants comme ça, comme on a fait. C'est vachement bien. Et tu listes un peu les différentes situations, voilà... Je pense qu'il n'y a pas besoin d'avoir 36 000 cours. Mais juste 1 heure, où tu leur présentes tes cas cliniques et ils réfléchissent un petit peu. Je trouve ça top... Pour que les gens, ils se rendent compte que c'est tout le temps, quel que soit le niveau. Et que c'est en fait, totalement inévitable. Et qu'il y en a certains qui vont être évités, parce qu'on est sensibilisé. Je pense que c'est une question de mode, après. C'est-à-dire que vous allez avoir un événement indésirable sur les vaccins et pendant six mois les prochains vont être nickel. Et puis, finalement ça va repasser dans la routine. Et puis après, ça va être le mec qui tombe de l'escabeau. Et on va faire vachement gaffe à tout, et puis voilà... Ça va être par période.

- Hum, hum...

- Mais c'est bien... On ne pourra jamais faire tout bien tout le temps... Mais oui, je pense qu'il y a clairement un besoin de former les jeunes... Enfin, de les former... de les sensibiliser en tout cas... Ça suffit... Enfin, ça suffit... C'est déjà un très bon début. D'en parler, et de cas concrets comme ça, ils sont très bien représentatifs. Et puis après, qu'ils trouvent des idées eux-mêmes, des exemples. Tu fais 2 heures de cours, 1 heure sur tes cas et 1 heure ils en font... Voilà...

- Tu as d'autres remarques ?

- Non

- Merci

Entretien 9 (1h30)

- Je me présente, je suis Émilie. Je suis à Paris V. J'ai actuellement fini mon internat depuis deux ans et demi et je suis remplaçante en médecine générale. Alors, c'est des réponses anonymes, c'est-à-dire que tout ce qui permettrait de te reconnaître sera effacé ou modifié un peu pour éviter qu'on puisse savoir que c'est toi. Alors présente-toi...
- Alors, je m'appelle N. Je suis en deuxième année d'internat de médecine générale à U. Et actuellement je suis en pédiatrie.
- C'est quoi ton projet professionnel ?
- Alors, mon projet professionnel, ça serait de faire de la médecine vasculaire, avec soit le DESC de médecine vasculaire ou la capacité à la fin de mon internat ; et d'avoir un exercice partagé entre la médecine générale et l'angiologie en cabinet ; et le must du must, d'avoir une consultation à l'hôpital dans un service de médecine vasculaire.
- Tu as fait quoi d'autre comme stage ?
- Mon premier stage était en médecine interne-diabétologie-gériatrie. Ensuite, j'ai fait un stage aux urgences adultes et enfin en pédiatrie.
- Et le prochain stage, tu vas où ?
- Je fais mon stage chez le Prat... C'est un cabinet de deux femmes. Je les ai rencontrées la semaine dernière et elles ont l'air très sympathique. Et j'ai hâte de commencer...

- Très bien. Alors, c'est une thèse qualitative sur les événements indésirables mais vu par les internes de médecine générale. C'est un entretien semi-directif. Je vais te poser des questions et tu me répondras ce que tu penses. Il n'y a pas de jugement, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. J'enregistre, bien sûr comme tu as pu le remarquer, tes réponses parce qu'il faut que je les tape en entier et je ne serais pas capable de me souvenir de tout ce que tu vas me dire si je ne les enregistre pas. On est le 30 mars et on est chez toi...
- Oui
- Alors, Est-ce que tu peux me donner la définition « d'événements indésirables » pour toi...
- Alors, un événement indésirable est un événement...euh, euh, attend... Non prévisible et qui a un effet néfaste pour le patient.
- D'accord. Est-ce que tu as des exemples à me donner ou pas ?
- Euh... Souvent, c'est soit des réactions allergiques à des médicaments donnés, des antibiotiques ; ou ça peut être en post-opératoire une infection sur du matériel posé en orthopédie ; ou souvent rencontrées.... en gériatrie j'avais vu, c'est les infections sur sonde urinaire. Euh, voilà...
- D'accord. Pour toi, c'est quoi une erreur médicale ?
- Alors, une erreur médicale... C'est dans l'exercice de la médecine... Euh, un événement... Qui va entraîner des conséquences nocives pour le patient mais qui n'est pas forcément lié... Si c'est une erreur... C'est lié à une mauvaise application de nos connaissances médicales.
- D'accord. Est-ce que événement indésirable-erreur médicale, ça se recoupe, ça se recoupe pas, pour toi ?
- Eh bien non. Parce que souvent une erreur... Pardon un événement indésirable n'est pas forcément une erreur médicale. C'est un événement qu'on pouvait pas prévoir. Et c'est pas forcément issu d'une mauvaise application de nos connaissances. C'est quelque chose qui... C'est quelque chose qui intervient vraiment de manière non prévisible... Ouais, de manière non prévisible...
- D'accord. Alors, je vais te lire trois définitions et tu me diras si elles correspondent bien à ce que tu penses.
- De l'événement indésirable ?
- Oui, pardon... Ce que tu en penses de ces définitions... Alors, la première c'est celle du ministère de la santé. « Un événement indésirable c'est l'ensemble des événements non désirés liés aux soins »
- OK [rire]...
- Ouais...
- Ah, parce que je... Pardon... Tu me les lis à la suite ?
- Non, non...
- Pardon... Donc c'est une définition très large. Et c'est vrai qu'un événement indésirable, voilà, c'est dans la pratique médicale, dans l'exercice des soins... C'est pas vraiment... Non désirés/indésirables... Ouais... Je trouve que c'est pas vraiment une très bonne définition... Enfin, ils n'expliquent pas plus le mot... En fait, il faudrait plus préciser le mot indésirable dans cette définition.
- Alors, celle de l'OMS « c'est un incident qui entraîne une atteinte pour le patient, atteinte découlant de ou associée à des projets formulés ou à des mesures prises pendant que les soins ont été dispensés ; et qui ne résulte pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacente »
- Alors, je la trouve plus complète, c'est sûr. Mais l'événement indésirable peut être lié à la maladie sous-jacente, un facteur favorisant de maladie sous-jacente justement... Je ne distinguerais pas... Par exemple, chez un insuffisant rénal, il faut faire attention à la posologie de médicaments et du coup, c'est lié aux antécédents médicaux du patient...
- Hum, hum... D'accord. Et la troisième, c'est la définition d'une étude qui s'appelle l'étude ESPRIT, qui a été réalisé en 2013 en ville, en cabinet de ville sur les événements indésirables.
- En France...
- En France ! Alors, « l'événement indésirable c'est un événement ou une circonstance associée aux soins qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné une atteinte pour le patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveaux »
- [sourire] Et en plus, une fin positive, pleine d'espérance... J'avoue, enfin... C'est moins une définition qu'un projet d'avenir [sourire]... Pour que ça ne se répète pas... C'est une définition, ouais, mais plus une volonté pour que les événements indésirables, j'ai l'impression, soient répertoriés... Pour changer, chambouler un peu les pratiques... Pour diminuer leur incidence...

- Alors, maintenant je vais te lire des petites saynètes. Et tu vas me dire pour chaque saynète si tu vois s'il y a un événement indésirable ou pas, ce que tu en penses, si tu trouves que c'est grave, moyen grave, pas grave... Je te le redirai au fur et à mesure, rassure-toi...
- D'accord
- Si ça aurait pu t'arriver ; si oui est-ce que ça aurait pu avoir une incidence sur toi, au niveau de tes pratiques, psychologique, social, voilà... Et est-ce que tu vois des moyens d'y remédier... Enfin, au fait que ça revienne pas, d'y remédier... Alors... [lecture de la première saynète « répondre au téléphone devant un patient »]
- En tout cas, là, le problème c'est que le secret médical n'a pas été respecté... Parce que au téléphone, il a dû citer le nom. Ça, c'est pas normal... Et, c'est bien qu'il ait pris le temps... Alors, comment...
- Ça te paraît grave, pas grave...
- Ça me paraît moyennement grave... Parce que je trouve que le secret médical c'est quelque chose de très important en médecine... On essaye au maximum de le respecter. Je ne lui aurais pas donné la localisation de l'hôpital, en tout cas à ce patient pour qu'il aille lui rendre visite, en lui disant... En lui disant quoi ? En lui disant que j'ai fait une erreur, qu'il aurait pas dû écouter, que j'aurais peut-être dû sortir de la salle ou le faire sortir de la salle le temps de la discussion... Et, euh, voilà...
- Ça aurait pu t'arriver ?
- Complètement... Voilà, j'aurais décroché, j'aurais été hyper inquiète pour Mme A et j'aurais voulu lui dire tout de suite tous les antécédents. Clairement, au moins la première fois ça me serait arrivé. Et justement, le fait que le patient connaisse Mme A, ça me dirait « la prochaine fois, fait plus attention ». Je pense que c'est une bonne alarme cette situation.
- Est-ce que ça aurait une incidence sur toi ?

- Euh... Alors, le fait que le patient qui consultait savait pour Mme A ? Ce fait- là... Eh bien, j'aurais été déçue... Enfin, déçue mais pas non plus gravement déçue... D'avoir un peu rompu le secret médical, une des règles en médecine. Et comme incidence, vraiment, j'aurais porté plus d'attention après à respecter ça.
- *Est-ce que tu vois des moyens, à part faire plus attention à respecter ça, Est-ce que tu vois d'autres moyens pour éviter que ça se reproduise ?*
- Donc, par exemple, le téléphone... Ça dépend de la manière dont est disposé le cabinet, mais les téléphones portables c'est beaucoup plus facile. Ou aussi un combiné où on peut sortir... Ouais, on peut s'isoler, ou sinon au pire fait revenir le patient dans la salle d'attente. Ça dépend, s'il été au moment de l'examen nu, je ne lui aurais pas demandé de se rhabiller et de repartir en salle d'attente, je serais moi-même sortie pour aller dans la pièce à côté décrire tous les antécédents... Le problème, sa fiche... je suis sûr que sa fiche d'antécédents aurait été sur l'ordinateur... C'est compliqué... Ou sinon, je lui dis, si c'est les consultations de médecine générale, je pourrais dire à urgentiste « je vous rappelle dans cinq minutes ». Mais le risque c'est de raccourcir la consultation avec M. alors qu'il avait besoin d'une grosse consultation... Je pense sincèrement que l'urgentiste, j'aurais voulu lui répondre tout de suite parce que je sais qu'aux urgences [claque des doigts] il a besoin d'informations, il faut lui donner rapidement... Donc vraiment, si ça m'était arrivé à nouveau, j'aurais lu les antécédents et j'aurais pris le combiné et je serai sortie...
- *Est-ce que tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non... C'est quelque chose qui peut arriver, mais tellement facilement. Je me rappelle, moi- même, en tant qu'interne aux urgences, avoir rappelé plein de médecins généralistes et je pense qu'ils étaient tout le temps occupés, devant un patient et euh... Mais ça n'empêche pas que je n'aurais pas été obligé de citer le nom du patient devant la personne qui consultait... Je n'aurais pas été obligée de citer le nom de Mme B... dans la conversation, ça aurait pu être occulté et j'aurais donné juste les informations non nominativement.
- *Comment tu gères la situation ?*
- Comment je gère la situation ?
- *Oui, vis- à- vis du patient qui est devant toi et vis- à- vis de Mme A...*
- Euh, comment j'aurais géré la situation ?
- *Oui comment tu aurais géré la situation... Maintenant que tu as rompu le secret...*
- Ah...
- *Qu'Est-ce que tu fais vis-à-vis du patient qui est face à toi et vis-à-vis de la dame pour laquelle tu as rompu le secret ?*
- Donc, vis-à-vis du patient que j'ai face à moi, je lui aurais dit que c'était une information qu'il n'aurait pas dû savoir et que dans ce cas-là je lui demande de ne pas aller à l'hôpital... J'espère qu'il n'a pas entendu le nom de l'hôpital... Et que euh... C'est compliqué... Du coup, je suis sûr que c'est quelqu'un de curieux et qu'il va aller demander aux voisins et aux amis de Mme A où elle se trouve pour aller lui rendre visite. Et, ce qui aurait été bien... Enfin, ça m'aurait inquiété que Mme A, elle se trouve à l'hôpital, j'aurais pris de nouvelles avec les médecins et j'aurais essayé de la contacter... Si elle était en état de répondre... Et ce qui serait bien, c'est de lui expliquer l'erreur que j'ai faite et que c'est possible que M. B prenne des nouvelles d'elle, et que c'était lors de cette consultation, et qu'une erreur avait été produite...
- *D'accord*
- Mais c'est sûr, je serais allée prendre des nouvelles de Mme A, ou au moins l'avoir au téléphone. Mais j'aurais été embêtée par rapport à mon erreur...[rire]
- *Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non...
- **[lecture de la deuxième saynète « chute au cabinet »]**
- Mince ! Tu sais que c'est arrivé... J'ai une de mes co-internes qui m'a raconté que le médecin qu'elle remplace a laissé un vieux descendre de la table d'examen et il s'est pété la hanche... Le col du fémur... [rire]
- [rire]
- Donc, il faut faire vraiment attention à ces tables... Donc, pardon, excuse- moi... C'est quoi la dernière question ?
- *La question c'est Est-ce que ça te paraît grave, pas grave, moyen grave ?*
- Ben, la conséquence pour le patient, elle est grave parce qu'il va aller à l'hôpital, je vais appeler les ambulances, lui faire faire une radio. Et j'ai peur qu'il se soit fait une fracture de la tête fémorale. Et ça, c'est relou... Elle a 75 ans en plus, c'est ça ?
- Hum...
- Faire une fracture à ce moment-là, alors qu'elle était possiblement autonome... Elle devait marcher bien avant... ça va l'handicaper sur une certaine durée. Et même, elle pourra jamais revenir au même niveau d'autonomie et d'indépendance qu'elle avait. Donc c'est grave pour moi...
- *Hum, hum...*
- L'inattention elle était toute petite, mais la conséquence est grave...
- *Comment tu gèreras vis-à-vis de cette dame ?*
- Donc, alors, pour Mme B, j'aurais évalué sa douleur, j'aurais essayé de lui donner des antalgiques sur place, j'aurais appelé une ambulance pour l'accompagner à l'hôpital. Et j'aurais pris ses nouvelles. Et... pourquoi je ne l'ai pas aidée à sortir de la table ?
- *Le téléphone sonnait...*
- Le téléphone sonnait... J'aurais été désolée la situation... Et j'aurais peut- être dû... Et la prochaine fois, pour les personnes âgées comme ça, je leur demanderais soit d'attendre que je revienne pour les aider à descendre, mais il faut les prévenir... Ça aurait pu tellement m'arriver aussi... [rire] c'est horrible... Oui, vraiment faire attention la prochaine fois et leur demander d'attendre l'aide pour descendre. Et, je ne sais pas s'il y a des tables qui sont plus adaptées aux personnes âgées...
- *Oui, il y des tables qui se lèvent et descendent...*
- C'est ce qui serait peut- être même le plus adapté...
- *Quand tu dis « je serais tellement désolée », ça veut dire quoi ? Tu te mets à pleurer avec la patiente?*
- Non, mais je serais gêné parce que j'aurais, quand même, une part de responsabilité... J'aurais une part de responsabilité, j'aurais dû l'aider à descendre de sa table...
- *Tu lui dis à la patiente ?*
- Je suis en train de me demander : Est-ce que je m'excuse de ne pas avoir été là... Si, je lui dirais « je suis désolée, j'aurais dû vous aider »... Si, je lui dirais. En plus, je suis quelqu'un qui s'excuse beaucoup, beaucoup... [rire] ça, ouais... Et je pense, que c'est important pour la patiente... Les excuses en médecine, je trouve que c'est quelque chose d'important. On résout beaucoup de problèmes en parlant et en disant « oui, j'ai fait une erreur »... Et d'avouer des erreurs, souvent on désamorce des conflits comme ça. J'avais vu quand j'étais externe, je ne sais plus... Ça devait être en cardio... Voilà, il y avait une famille de patients qui était très énervée sur une prise en charge. Du coup, le chef de clinique avait décidé de les prendre en entretien. Et ils avaient posé les choses. Et la chose avait failli partir au tribunal, mais finalement rien de ça. Ils ont compris. Le chef a dit « oui, j'ai fait une erreur ». C'était sur un cas de... Ouais, un problème de diurétiques chez un insuffisant rénal qui avait aggravé l'insuffisance rénale... Mais après, heureusement, il allait mieux. Mais, il s'était excusé et ça avait fait énormément de bien à la famille.
- *Et c'est bien, que le chef ait accepté que tu sois là...*
- Ouais, j'ai un bon souvenir... C'était une très bonne expérience d'assister à ça. Ça m'a montré qu'il faut parler aux familles des patients quand il y a un problème. Ouais...
- *Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non, pas sur ce cas...
- **[lecture de la troisième saynète « erreur de clic »]**

- Donc, c'est un événement grave. Heureusement que les pharmaciens sont là, et qu'ils lisent les ordonnances... Et j'aurais appelé... Enfin, c'est bien d'appeler le Monsieur pour s'excuser sur ses erreurs... Si je l'avais prescrit par papier, ça n'aurait jamais été le cas. Comme c'était sur ordinateur... Enfin, je pense que c'était sur un logiciel de recherche...
- *Oui*
- Oui, et ça ça peut arriver... C'est les dangers des ordinateurs, des corrections automatiques, ou les pré-choix... Mais du coup, essayez... Se dire, justement « en journée d'hiver, à partir de 17h00, il faut être d'autant plus attentif et relire »... De toute façon, relire toutes les ordonnances. Moi, ce que je fais, et je le fais en pédiatrie même aux urgences, je relis l'ordonnance avec la patiente à chaque fois. On relie ensemble la posologie, le nom du médicament, ça c'est pour telle pathologie, ça c'est pour la diarrhée, ça c'est pour les vomissements. Ça, je le fais systématiquement. Donc, je pense que ça n'aurait pas pu m'arriver... Parce qu'avec cette manière de relire l'ordonnance je me serais rendu compte du problème.
- *Si ça avait été le cas, ça aurait eu un impact sur toi ?*
- Ben, je ne suis pas sûr que la progestérone... Est-ce qu'il y aurait eu un immense effet indésirable et je pense que la durée du traitement était courte, donc il n'y aurait pas eu... Mais, j'aurais été gênée, ouais, et pas content de moi et peur que la relation médecin-malade que j'entretenais avec ce patient soit rompue.
- *Qu'Est-ce que tu peux mettre en place, si ça arrivait, pour éviter que ça se reproduise ?*
- Donc voilà... Savoir qu'à partir de 17h00, il faut redoubler d'attention... Voilà, relire avec le patient l'ordonnance, toujours... Et faire attention au logiciel... Et je ne sais pas s'il y a des logiciels qui savent qu'il y a des médicaments qu'on prescrit pour les femmes, pour les hommes, des corrections dans le logiciel.
- *C'est possible... Je ne sais pas trop...*
- Mais, ouais, se méfier des logiciels, savoir qu'il y a des erreurs... C'est un bon outil pour faciliter notre prise en charge, pour enregistrer les données, c'est important. Mais il faut s'en méfier, et être attentif... Même si parfois l'hiver, je comprends qu'on puisse être fatigué...
- *Est-ce que tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Les événements indésirables sur les ordonnances, je suis sûr que ça arrive quasiment tout le temps. Et, vraiment heureusement, que les pharmaciens font bien leur boulot. Nous, on a des appels, parfois pour les problèmes de posologie aux urgences. Et du coup, on refait les ordonnances pour les faxer. Et je pense, que c'est rassurant de savoir qu'il y a une deuxième ligne de contrôle après nous...
- *Qu'on n'est pas tout seul...*
- Ouais. C'est sûr...
- *Je passe suivant ?*
- Hum, hum...

- **[lecture de la quatrième saynète « le vaccin »]**
- alors, je n'ai jamais fait le ROR...
- *Alors, en fait, tu as deux boîtes : tu as une boîte avec de la poudre et une boîte avec l'adjuvant liquide. Tu mélanges les deux avec la seringue. Et ensuite seulement tu injectes. Donc là, en fait, tu as pris juste la boîte avec l'adjuvant, que tu as vidé. Et tu as oublié de reconstituer avec la poudre...*
- Là, pour le coup, ça c'est un truc qui ne me dérange pas. Je le dis d'abord à la maman et je lui dis qu'il faut le refaire. Et que l'adjuvant est sans danger, et qu'on peut refaire une dose, avec cette fois-ci le vaccin dedans. Et qu'il faut profiter de l'occasion qu'il soit là pour le faire. Et là, je suis bien la reconstitution...
- *Ça te paraît grave, pas grave moyen grave ?*
- Là, pour le coup, pas grave...
- *D'accord...*
- Enfin, je sais, c'est une injection chez l'enfant, ça c'est douloureux. Ça peut être stressant et les enfants détestent les vaccins et tout ce qui est aiguille... Mais, je trouve que la couverture vaccinale c'est quelque chose d'hyper important. Et quand on explique à la maman... L'erreur peut exister... Pour moi, c'est une petite erreur. On peut le refaire. Et je m'excuserais et j'expliquerais aussi à l'enfant... Il avait quel âge ?
- *Environ un an...*
- Bon, alors je n'aurais pas expliqué à l'enfant [sourire]... Oui, je l'aurais refait et je leur expliquerai à la maman en m'excusant.
- *Ça a un impact sur toi ?*
- Le fait de refaire souffrir l'enfant une deuxième fois, ça me gêne un peu... Enfin, c'est une erreur, mais ça n'aurait pas eu un aussi gros impact que les autres cas.
- *D'accord est-ce que tu vois des moyens pour éviter que ça se reproduise ?*
- Faire des vaccins déjà constitués.
- *Ouais*
- Je ne sais pas si ça peut exister...
- *Non, pas pour tous...*
- Essayer, finalement, d'être vachement protocole. Voilà, c'est des trucs qu'on fait tellement souvent... Mais voilà, toujours avoir ses protocoles... La reconstitution, désinfection de la zone, et respecter chaque étape comme une petite danse musicale, une petite musique dans la tête...
- *D'accord. Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non

- **[lecture de la cinquième saynète « le vaccin bis »]**
- Donc, je ne l'ai pas injecté toute la dose... Ça c'est chiant...
- *Qu'Est-ce que tu en penses ?*
- Ben ça, ça arrive tellement souvent en pédiatrie... Et c'était sa première dose, donc ?
- *Oui*
- Et une certaine quantité se répand [sourire]... Parce que du coup elle n'aurait pas été couverte. Et c'est un vaccin important...
- *« Certaine quantité », c'est fait exprès... C'est en fonction de ce que tu vas ressentir... C'est-à-dire, il y a des gens qui vont me dire « pour moi c'est forcément tout le vaccin », d'autres qui me disent « pour moi c'est quasiment rien », voilà, après, tu peux prendre en fonction de ce que toi tu as envie...*
- Moi, j'ai cette peur qu'elle n'est pas eue la dose suffisante...
- *D'accord...*
- Là, je pense que vu... Jeune médecin, j'aurais demandé conseil soit à mon collègue, parce que c'est sûr que ça arrive à d'autres collègues... Et est-ce que je peux faire une nouvelle injection tout de suite en pensant que ça n'a pas été suffisant. J'aurais demandé conseil, pour le coup... Parce que tu vois, là en pédiatrie, j'ai eu une méningite à Haemophilus et je me dis « non, c'est trop débile »... Enfin, il y a des cas mais tellement graves, et c'est des vaccins, je trouve, tellement important... J'aurais pas pris de risques. C'est sûr, j'aurais voulu refaire une injection et je me demanderais si je peux la refaire tout de suite ou s'il y a un délai...
- *Hum, hum...*
- Voilà...
- *Ça a un impact sur toi ?*
- Là, quoi ? La protection de l'enfant ? La protection vaccinale a un impact sur moi... Parce que j'aurais peur qui lui arrive des méningites à Haemophilus par exemple. Ouais...

- *Et tu demandes à quelqu'un ? Et qu'Est-ce que tu mets en place pour essayer que ça ne se reproduise pas ?*
- Donc l'agitation des enfants... Je prends ce temps avec la maman pour lui dire de bien tenir l'enfant. Essayer avant même de commencer l'injection que l'enfant soit calme, et de limiter... prendre un peu plus de temps, qu'il soit calme, qu'il soit en train de jouer avec quelque chose... Peut-être que j'aurais du matériel un peu particulier dans mon cabinet pour attirer l'attention des enfants et pour qu'il se calme avec des petites musiques, des bruits matriciaux... Et après j'aurais injecté. Pas faire des sessions de vaccination à la va-vite. On se dit « oui, c'est cool, c'est une consultation vaccinale ; ça prend pas trop de temps normalement ». Mais il faut prendre le temps pour faire une bonne injection, que l'enfant soit calme.
- *Quand tu dis « je demande à un confrère », l'expérience des autres peut aider ?*
- Parce que je suis sûr que comme c'est un cas qui arrive souvent, ils ont déjà été confrontés au même problème, et j'espère qu'ils sont allés chercher des réponses aussi avec des collègues eux-mêmes. Qu'ils aient des solutions à m'apporter. Sinon j'aurais appelé les urgences pédiatriques de mon stage actuel et j'aurais demandé une chef « propose-moi une solution »... [rire]
- [rire]
- Je pose toujours des questions... Quand j'ai un doute, je pose...
- Hum, hum...
- Parfois le doute, c'est un peu envahissant... Parfois, il m'empêche d'avancer... Mais j'améliore mes connaissances en posant des questions, en me renseignant. Et ça diminue mes doutes. Ça me rend plus apaisée et plus productive dans mon exercice. Et je sens que, voilà, tu vois, mes premières années d'exercice, j'aurais plein de doutes, je vais poser beaucoup de questions, je vais être plus lente. Et je pense que l'expérience fera, et j'espère que ce sera une expérience que je continuerai à stimuler par les revues médicales, les recommandations, et j'essaierais de participer à tout ce qui est congrès de médecine générale, pour garder des connaissances fraîches... Pour justement, parler de ces situations- là...
- *Tu m'as dit que tu avais vu une méningite à Haemophilus, c'était parce que la vaccination n'avait pas été correctement faite ?*
- Pour le coup, la vaccination avait été bien faite. Mais, franchement, on en a parlé avec les médecins, c'est très rare et on pense qu'il y a un déficit immunitaire associé. Justement on fait tout un bilan immunitaire. Il va être vu à Necker, l'enfant, pour ça. Mais, c'est là où je me dis... C'est très rare maintenant qu'ils ne soient pas vaccinés, mais c'est un moyen d'éviter les convulsions qu'il a eu sur sa méningite... Oui, il faut tout faire pour bien vacciner les enfants...
- *Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non, ça va...
- **[lecture de la sixième saynète « problème de compréhension »]**
- D'accord. Ça c'est un problème de... Enfin, qui arrive souvent aux urgences... Moi, quand j'ai ces cas- là, avec un problème de communication, je leur demande qu'ils appellent une personne de leur entourage. C'est eux qui choisissent... pour qu'on mette les choses au clair, surtout pour qu'ils m'expliquent la maladie et ils repartent... Alors, on ne parle pas des Maliens... Mais ils repartent avec des consignes écrites. Et j'avais eu un cas avec une personne anglaise et là pour le coup, comme je me débrouille en anglais, je lui avais fait des consignes en anglais. Mais vraiment, ouais, communiquer avec quelqu'un de leur entourage pour passer l'information et que ce soit traduit le jour même en direct, par téléphone... Mais c'est un vrai problème. Il y a de plus en plus de consultation de personnes migrantes et... Enfin, moi, j'ai déjà eu des doutes sur « est-ce qu'il a bien compris en partant ? ». Et même si ça a été traduit par l'entourage, il y a toujours ce doute de « est-ce qu'il n'a vraiment compris ? Est-ce qu'il va vraiment faire ce que je lui demandais ? ». Et là, tu as dit que tu l'avais adressé aux urgences ?
- *Oui, il y a deux jours je lui dis « il faut aller aux urgences »*
- je pense que... Je ne sais pas si c'est possible, tu vois, j'ai pas encore fait mon stage en cabinet... Prendre des nouvelles des patients, savoir ce qui leur est arrivé après... Tu vois, je lui aurais demandé « est-ce que vous pouvez me passer votre numéro de téléphone pour que je vous appelle ? Quelles urgences vous allez ? ». Je lui aurais donné l'adresse et le moyen de transport pour y aller. J'aurais essayé, vu ce type de malade, j'aurais essayé de mettre le maximum... Lui donner le maximum d'informations pour qu'il y aille...
- Hum, hum...
- Ouais...
- *Ça te paraît grave, moyen grave, pas grave ?*
- Ben, il peut être en septicémie... Si, c'est grave... C'est grave mais ça arrive très régulièrement, ça... Les problèmes de bonne compréhension des informations et des consultations...
- *Du coup, ça a un impact sur toi ?*
- Le fait de ne pas se faire comprendre... Tu vois, une fois, j'ai eu le cas d'une chinoise... Parce qu'à U il y a tout l'Institut* et du coup, il y a plein de population étrangère, russe, chinoise. Et à propos des Chinois, on a énormément de mal à communiquer avec eux. Ils sont en plus hyper inquiets, tu vois. Dès qu'il y a une fièvre à H 12, ils viennent, ils ne consultent pas le pédiatre. Et justement, j'ai envie de leur donner les moyens d'être rassurés, quels sont les signes de gravité qui doivent faire consulter... Et je suis un peu dépourvue parce que, eux, pour le coup, ils sont dans une communauté où ils n'ont même pas une personne à me donner pour expliquer au téléphone... Souvent la personne chinoise, c'était compliqué... Parce que, là, pour le coup, c'était des petites fièvres, ça ne m'inquiétait pas plus que ça. Et ils allaient revenir à la prochaine fièvre, bon... Mais là, là c'est plus grave...
- *Comment tu gères vis-à-vis du patient ?*
- Donc, là il n'est pas allé aux urgences...
- *Il revient avec un copain qui parle très bien français...*
- Je demande au copain de l'accompagner aux urgences. Ou quitte à... Là, il dans un état grave ?
- *Bah, il a toujours mal aux pieds et son orteil qui est devenu plus...*
- Sinon, je peux demander une ambulance...
- *Il a une arthrite, quoi... Mais il ne te semble pas en septis...*
- D'accord. OK... Soit je commande une ambulance, soit je demande au copain, que j'espère véhiculé, qu'il l'accompagne aux urgences lui-même. Et j'appellerais les urgences... Et, pardon, j'appellerais les urgences pour leur dire que je leur adresse le patient avec une lettre en plus. Et je les appellerais plus tard dans la soirée pour prendre des nouvelles.
- *Qu'est-ce que tu dis au patient ? C'est-à-dire est-ce que tu lui dis... Est-ce que, enfin, Est-ce que c'est de ta faute...*
- Je lui demanderais « mais, pourquoi vous n'êtes pas partis aux urgences ? » Pour comprendre les raisons... Et s'il me dit « voilà, je n'ai pas compris ». Je lui dirais, je lui expliquerais que je suis son médecin, que s'il ne comprend pas, il ne faut pas hésiter à demander, à venir avec un ami qui parle bien français. Voilà, que je suis là pour comprendre. Je comprends sa situation, il vient d'arriver en France et il ne parle pas encore bien français. Mais là, je suis là pour le soigner... Il ne faut pas qu'il hésite, même si ça prendra un petit peu plus de temps... Qu'il hésite pas à me poser des questions. Je suis ouverte et on peut prendre plus de temps pour ses consultations s'il n'arrive pas bien à comprendre...
- *Et là, dans cette situation... Si tu étais dans cette situation-là, ça a un impact sur toi ? C'est-à-dire est-ce que tu te dis « mon Dieu, je suis passée à côté de quelque chose de grave » ? Est-ce que tu t'en veux ? Est-ce que tu déprimes ? Ou est-ce que tu te dis « c'était comme ça... » ? Ou entre les deux, pas du tout...*
- Là, l'information, elle a quand même été donnée... Je pense que parfois c'est au patient... Ce cas, c'est vrai, les patients migrants il faut être plus attentif. Mais, parfois je trouve qu'on se donne le maximum pour le patient. Et à partir d'un moment c'est le patient qui est responsable de sa santé. Et que tu lui as donné toutes les cartes en main, et il y en a certains, justement, qui les balancent et qui ne vont pas prendre... Par exemple, les diabétiques qui ne vont pas prendre leur rendez-vous annuel avec l'ophtalmologue. Et un moment, il faut se dire, nous « bah, j'ai fait le maximum et les patients qui ne veulent pas de soigner je ne peux pas lutter contre. C'est des adultes et voilà ». Mais lui, c'est différent,

- c'est un patient qui vient d'arriver dans un pays qui n'est pas son pays. J'aurais peut-être été un peu plus touchée parce que ma mère est d'origine sri lankaise, et arriver dans un pays qu'on ne connaît pas je sais que c'est difficile. Et je serais peut-être un peu plus empathique pour le patient.
- *Donc, en gros, tu me dis que ton histoire personnelle, elle joue...*
 - Et ça joue souvent... J'ai remarqué les patients étrangers aux urgences, souvent, j'essaie de prendre beaucoup plus de temps... Et c'est quelque chose qui me touche un peu trop, je trouve...
 - *C'est-à-dire ?*
 - J'ai souvent des populations migrantes africaines qui vivent en foyer et je me rends compte que c'est une population fragile. Qui ont plein de problèmes... Et que je trouve parfois hyper courageuse... Enfin, souvent, je suis touchée et après des consultations avec eux, j'ai toujours cette minute « putain, la vie n'est pas facile pour tout le monde »... Non, vraiment... Il y avait eu aussi un truc de maltraitance... Un cas de maltraitance... les parents étaient nés en Afrique, les deux premiers enfants étaient nés là-bas ; et ensuite, les deux autres en France. Ils avaient entre 10 et 15 ans et le papa était un papa alcoolique qui battait les enfants. Et là, la maman avait décidé... Donc, ils étaient arrivés à l'âge de cinq ans en France... Et la maman avait décidé de partir du foyer. Le papa ne les frappait pas devant elle. Elle l'avait déjà prévenu qu'elle partirait si c'était à nouveau le cas. Et il avait à nouveau, il avait diminué, mais il avait à nouveau frappé l'enfant. Et elle s'est dit « non, je partirais en hôtel ». L'assistant social avait pris le dossier en main. Et en fait, en allant récupérer les affaires, en pensant que le papa n'allait pas être là, il a débarqué. Il y a eu une altercation entre le papa et la maman. Et du coup elle était venue... Elle ne savait pas du tout comment ça se passait, elle se disait « comment je dois faire ? J'ai envie de nourrir le dossier pour qu'il soit jugé ». Du coup, je lui ai expliqué le certificat médical descriptif, de porter plainte à la police. J'ai appelé l'assistante sociale pour faire une information à la CRIP. Et il y avait la petite qui avait une plaie de l'arcade... euh, du cuir chevelu parce qu'elle avait été poussée au moment de l'altercation. Et franchement, les enfants étaient hyper soudés, hyper sages, ils se faisaient des blagues entre eux. C'est les enfants les plus calmes que j'ai eu de la journée. Alors que c'était la situation la plus horrible de cette journée. Souvent, ça me touche ces histoires, voilà... Et parfois, je me dis qu'il faut essayer de trouver peut-être un peu plus de distance... Ne pas devenir une pierre tombale mais trouver un peu plus de distance, parce que parfois je suis un peu trop impliquée... Et je ressasse un peu trop à la maison, et ça c'est pas bien...
 - *Et quand tu ressasses, ça a un impact ? Tu arrives à en parler avec quelqu'un ?*
 - C'est cool d'être en coloc pour ça... Enfin, on parle pas trop de médecine mais les trucs qui me touchent...
 - *Elle est en médecine aussi ?*
 - En psychiatrie. Mais les trucs qui me touchent, on en parle, et ça fait du bien. Ça fait du bien en parler... Ouais, les choses qui me touchent, je sais qu'il faut en parler, qu'il faut pas le garder pour soi... J'essaie... Et même entre co-internes, on en parle parce qu'on a cette chance d'être sur le RER B et d'avoir un long trajet. Donc on a le temps de parler en rentrant le soir. Je m'entends bien avec mes co-internes...
 - *Donc c'est important cette solidarité ?*
 - Ouais. De partager... Et même les chefs, on peut parler assez facilement je trouve... Il y a un certain nombre de chefs avec qui je m'entends bien. Elles sont à l'écoute, et c'est agréable de parler des choses qui dérangent.
 - *Il ne faut pas les garder pour soi...*
 - Non... Surtout les événements indésirables...
 - *[rire] Pourquoi ?*
 - Parce qu'il y a peut-être eu une erreur dans l'événement indésirable, et pour qu'il ne se reproduise pas, tu veux trouver les moyens de voir d'abord s'il y avait une erreur... Je me rappelle, moi, j'avais repris un dossier, c'était... Finalement on n'a jamais su ce que c'était... C'était une éruption fébrile... C'était un début d'éruption fébrile qui ne m'évoquait rien du tout. Donc, il était sorti sous Doliprane simple et si extension des lésions, revenir aux urgences. Il y avait eu une extension des lésions diffuses de l'éruption et en plus, la fièvre restait à 40 et l'enfant était très fatigué. Et du coup, finalement, on l'a hospitalisé. En fait, j'étais gênée parce que je me disais que peut-être j'aurais dû l'hospitaliser dès la première fois. Ils ne savaient pas ce que c'était comme type d'éruption. Du coup, ils avaient fait un bilan biologique et il avait un gros syndrome inflammatoire. On avait fait tous les prélèvements, et les hémocultures, et l'urine. Puis on l'avait mis sous Rocéphine. Rien n'avait poussé, et on n'a jamais su ce que c'était. Et l'éruption est partie d'elle-même. On n'a pas eu de diagnostic sur ce cas. Et voilà, le dossier je l'ai repris avec une des chefs pour voir « voilà, regarde dans le dossier médical ce que j'ai écrit. Est-ce qu'il y a des choses qui t'auraient fait hospitaliser la patiente ? ». Et ensemble on a discuté du cas et elle m'a dit « non, je t'avoue : bonnes constantes... ». J'avais fait une micro-CRP au départ qui n'était pas élevée puisqu'on était à moins de H 48 du début de la fièvre. Et ça m'a fait du bien de reparler du dossier... Je pensais qu'elle allait juste me dire « mais non t'inquiète pas », non, elle avait pris le temps de rouvrir le dossier avec moi, de regarder les examens que j'avais fait, les constantes et j'avais trouvé ça cool de sa part. Et c'est bien, c'est bien de reprendre les dossiers. Nous, on fait pas trop de revues de dossiers en ce moment dans mon service. Mais je trouve que c'est un truc qui peut être hyper intéressant. On le faisait régulièrement aux urgences adultes, le jeudi, certains jeudis, on revoyait des dossiers qui avaient posés problème. Et en tant qu'externe, j'ai fait partie des réunions comme ça. Je trouve que c'est super. Et ce serait ouf d'en faire en cabinet de médecine générale avec des collègues, soit de la ville ou organiser des soirées toutes les deux semaines sur les cas qui ont posé problème. C'est comme ça qu'on avance... Enfin, je suis du genre à demander des avis, moi... Parler des situations complexes... c'est pas que dans les bouquins qu'on peut trouver des solutions, je pense que c'est en parlant à des gens, en prenant d'autres avis...
 - *Hum, hum... On apprend des situations des autres, en fait, c'est ça ?*
 - Ouais...
 - *Tu as d'autres choses à rajouter ?*
 - Non
 - *[lecture de la septième saynète « visite à domicile »]. Qu'Est-ce que tu en penses ?*
 - Donc, j'ai pas bien lu le courrier et c'est important ces lettres où on peut dialoguer avec d'autres spécialistes... Et, pardon, je faisais un renouvellement d'ordonnance, c'est ça ?
 - *Ouais*
 - Et donc, j'ai dû retourner au cabinet après ?
 - *Oui, donc tu vas la voir à domicile. Là, elle t'a préparé une vieille ordonnance qu'elle te donne. Et tu fais le renouvellement l'ordonnance avec elle, voir si elle va bien, et tout. Et ensuite tu repars à ton cabinet pour tes autres consultations. Et c'est sa fille le lendemain qui t'appelle...*
 - D'accord. J'aurais dû peut-être prendre un peu plus de temps sur l'évolution depuis la dernière fois que je l'ai vue, voir si elle avait consulté d'autres médecins. Et ce que j'aurais fait, j'aurais changé mon ordonnance en mettant le nouveau médicament conseillé par le cardiologue.
 - *Ça te paraît grave, pas grave, moyen grave ?*
 - Les erreurs médicamenteuses, en plus, chez les patients polymédicamentés, âgés, c'est fréquent et c'est grave.
 - *Hum, hum...*
 - Les ordonnances... Enfin, parfois c'est trop facile de faire les renouvellements d'ordonnance. Il faut vraiment faire plus attention. En plus, il existe de médicaments, je me rappelle... Enfin, aux urgences les patients âgés arrivent parfois avec des ordonnances qui font deux pages. Plus de 10 médicaments, c'est plus possible. Ouais, chez les patients âgés être vraiment plus attentif aux médicaments prescrits. Et dans le dossier... ouais, c'est de tenir à jour ses dossiers avec les lettres, les comptes-rendus de consultation, d'hospitalisations...
 - *Comment tu gères vis-à-vis de la fille et vis-à-vis de la dame ?*
 - Bah, je lui dis que c'était une erreur, que je n'avais pas bien lu le courrier et que je lui refais une ordonnance avec les nouveaux médicaments. Est-ce que là, je vais la revoir ? Non, je peux lui envoyer l'ordonnance...

- Ça a un impact sur toi ?
- Oui, parce que c'est, à nouveau... Il y a eu un défaut d'attention sur les courriers qui m'étaient adressés. Et j'espère que cela me rendrait encore plus... Enfin, me mettre à jour sur le courrier que je reçois, et voilà...
- Donc c'est un problème d'organisation, plutôt ?
- Ouais, j'ai l'impression. C'est parce que j'ai lu pas le courrier que j'ai fait ça.
- D'accord. Ça a pas un impact psychologique sur toi... C'est pas obligé...
- Non. Mais ce cas-là... Du coup, elle est restée hypertendue...
- Enfin, elle avait quand même un ancien antihypertenseur...
- Mais qui ne marchait pas très bien... Ouais, au moins elle avait une couverture médicamenteuse. Ça n'a pas un grand impact psychologique sur moi ça...
- D'accord. Est-ce que tu as d'autres choses à rajouter ?
- Non
- **[lecture de la huitième saynète « examens complémentaires non lus »]**
- Euh... Exophtalmie, je t'avoue que « exophtalmie » je l'aurais déjà envoyée aux urgences...
- D'accord
- Mais j'ai pas non plus une bonne expérience des hyperthyroïdies. Mais là, il y avait peut-être une indication à une hospitalisation, parce que... Et du coup je ne l'aurais peut-être pas laissée en ville... Donc, attends, elle a bien envoyé ses résultats...
- En ville, la plupart des labos, maintenant, ont une messagerie sécurisée. Donc, toi, en tant que médecin, tu reçois les résultats qui sont cryptés. Donc toi, tu as une clé de décryptage. Le laboratoire t'envoie, via Internet, les résultats des patients.
- Et je l'ai reçu...
- En fait, tu l'as reçu lundi. Et en fait, tu les vois que le samedi
- D'accord, ça j'ai compris. Mais elle, du coup...
- Elle n'est pas revenue...
- Elle n'est pas revenue alors qu'elle devait revenir avec les résultats. Donc, je la rappelle. Et je lui dis... En fait, je crois que je lui aurais dit d'aller aux urgences parce qu'elle présentait des signes cliniques d'hyperthyroïdie grave à cause de l'exophtalmie. Et j'aurais transmis aux urgences auxquelles elle allait, les résultats si elle ne les avait pas avec elle. Voilà... Est-ce que là il y a eu erreur... C'est la patiente qui n'est pas revenue. Je lui avais dit de revenir. Elle était quand même en état de comprendre. Elle avait eu des consignes et elle était en capacité de comprendre. Et il fallait qu'elle revienne... Mais j'avoue, 12 ans avec les signes qu'elle présentait, je l'aurais envoyée encore plus aux urgences.
- Ça te paraît grave, pas grave ?
- Alors ça me paraît... Qu'est-ce qui me paraît grave ? Le fait que j'ai lu en décalé ?
- Ouais
- Ouais, ça me paraît grave... Surtout chez elle qui présente des signes un peu importants, ça me paraît grave...
- D'accord. Ça a un impact sur toi ?
- Ça a un impact... Oui... En fait, je suis un peu furieuse contre le papa qui ne l'a pas ramenée... Et je suis inquiète pour l'enfant.
- D'accord
- Et ça m'inquiète d'autant plus que c'est un enfant, je me rends compte...
- Les enfants ça...
- Ça a plus un impact parce qu'ils sont sous la responsabilité de quelqu'un. Et parfois il y a des enfants qui sont mal encadrés. Et c'est pas leur faute. Et voilà...
- D'accord. Tu vois une manière que cela ne se reproduise pas ? Du coup, de ne pas avoir géré une situation dans les délais que tu t'étais impartii...
- Bah, faire des alarmes, des petites alarmes, pour avoir un temps dans la journée pour lire les résultats des patients envoyés, lire les lettres de consultation, lire les résultats urgents... et de dédier un temps, dans la journée, pour ça... pas se dire « oui, je le fais la fin ». Par exemple se faire du 11h00- 12h00 sur ça, comme ça on peut adresser les patients, on peut téléphoner aux gens et pas faire ça à 19h00 et... Ça peut être une idée...
- D'accord. Tu as d'autres choses à rajouter ?
- Non
- **[lecture de la neuvième saynète « interactions médicamenteuses »]**
- Donc, ça... Je pense qu'il faut dans l'administration des médicaments revoir les antécédents les patients... Je ne suis pas moi, très forte en médicaments, et c'est pour ça que je consulte énormément le Vidal. Et j'aurais eu le Vidal, c'est sûr, sur mon ordinateur en cabinet. J'avais une notion des sulfamides hypoglycémiantes « attention à tous les médicaments que tu prescrites avec » parce que je suis passée en diabète aussi et j'ai eu cette expérience. Donc, je lui aurais dit d'arrêter le fluconazole, de regarder quelle autre molécule j'aurais pu mettre à la place. Maintenant, c'est de plus en plus rare les patients sous sulfamides hypoglycémiantes, non ?
- Non [rire]
- [rire] J'ai vu des patients sous sulfamides hypoglycémiantes. Mais en diabète on n'en prescrivait presque jamais.
- En ville, on en prescrit encore pas mal...
- Et j'aurais trouvé un autre antifongique... C'est une candidose, c'est ça qu'elle avait ?
- Ouais
- Mais, voilà, avoir le Vidal avec soi... Les patients insuffisants rénaux, les patients diabétiques, les patients âgés, avoir le Vidal facile et regarder si selon la clairance il y a une contre-indication...
- Ça te paraît grave, pas grave, moyen grave ?
- Ça me paraît moyennement... Ça me paraît grave... Vraiment les patients diabétiques c'est des personnes auxquelles il faut faire particulièrement attention aussi... Il faut faire attention à beaucoup de personnes [rire]. Si, les effets indésirables des médicaments c'est quelque chose qui peut être vraiment fatal. Et elle aurait pu faire un coma hypoglycémique... J'aurais été vraiment très, très gênée ...
- Comment tu gères vis-à-vis de la patiente ?
- Donc, je lui explique qu'il y a eu une erreur. Je lui explique pourquoi : parce qu'il y a un effet entre le traitement que je lui ai donné et le sulfamide hypoglycémiant. Et je lui donne une nouvelle ordonnance pour un autre traitement. Et je lui dis bien que, si elle va voir un autre médecin, de vraiment bien préciser qu'elle diabétique, de bien connaître son traitement habituel, et de venir avec ses ordonnances.
- Si, imaginons, qu'il n'y a pas d'autres médicaments pour remplacer le fluconazole. Tu fais comment ?
- Ça c'est chaud...
- Du coup qu'est-ce que tu dis à la patiente ?
- Je lui dis que je suis bien embêtée [sourire]... Non, j'essaie de trouver une solution... Mais laquelle ? Je ne sais pas... Peut-être lui expliquer où est le problème pour qu'elle le sache, pour être plus vite inquiète, pour appeler plus vite de l'aide...
- D'accord. Ça un impact sur toi, le fait d'avoir pas vérifié...
- Ouais, tu vois dans toutes nos études on nous a bien précisés « faites gaffe »... Et vraiment, il faut ouvrir facilement le Vidal quand tu as un doute... Et être très attentif à quel type de médicaments, on administre...
- Ça a quoi comme impact ?

- Vraiment j'aurais été... pas gênée... Je me serais sentie bien coupable si elle s'était évanouie à cause d'une hypoglycémie ou même plus grave... Je suis une personnalité où quand je fais des erreurs, j'essaie vraiment de positiver et de me dire « voilà, c'est quoi les moyens pour que je ne fasse pas la même erreur ». Donc, j'aurais plus regardé ensuite le vital...
- *D'accord... Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non, pas sur ce cas...
- **[lecture de la dixième saynète « allergie médicamenteuse »]**
- Donc, la reprise des antécédents des patients, c'est un point essentiel... Et, c'est bien, je crois, que dans les logiciels actuels on peut avoir des bandes « attention ! Allergies ». On l'a aux urgences et même les patients qui reviennent, du coup, on a cette bande qui apparaît... Donc le logiciel peut nous aider pour ça. On a dans les angines à TDR positif d'autres médicaments autres que l'amox qu'on peut utiliser. Donc j'aurais remplacé le traitement. Et je dis à la patiente « attention »... Justement, elle a fait un urticaire géante l'amoxicilline et je lui prescris de l'amoxicilline...
- *Tu lui as prescrit du Clamoxyl...*
- Du Clamoxyl... Ah, mince... Dans la prescription d'antibiotiques, ouais, enfin, la partie « allergies » dans l'interrogatoire est importante. J'aurais... C'est vrai que lorsqu'on prescrit des antibiotiques, souvent je demande... Enfin, non... Mon interrogatoire, il est tellement standardisé que j'ai toujours la partie allergies que je leur demande, et du coup, quand je mets le traitement, je sais quelle molécule mettre dans mon traitement. C'est une erreur. Il faut bien le mettre dans le dossier médical, en rouge. Et quand on prescrit des antibiotiques, bien s'assurer de l'absence d'antécédents d'allergie.
- *D'accord... Tu trouves ça grave, moyen grave?*
- C'est grave. Si, parce qu'elle aurait pu faire un œdème de Quincke et... C'est grave... Et à nouveau, heureusement que le pharmacien était là. Et, c'est important de savoir qu'on peut faire confiance... La plupart des pharmacies sont très bonnes et une double sécurité c'est toujours très bien...
- *Ça a un impact sur toi ?*
- Oui, parce qu'il y a eu un défaut de prise d'information de ma part, parce qu'un urticaire géant c'est sûr, elle me l'a raconté. Et la partie allergies c'est quelque chose d'essentiel dans le dossier médical. Donc, ouais, il y a eu erreur et là, ça a un impact sur moi.
- *Un impact... Quel type d'impact ?*
- Je m'en veux de ne pas l'avoir écrit dans le dossier... Et, tu vois, à nouveau, je ne serais pas au fond de mon lit en train de pleurer. J'ai fait une erreur, c'est mal. Mais maintenant, il faut que mes dossiers soient bien tenus et que c'est à nouveau une piqure de rappel pour me dire « attention aux antécédents, attention aux allergies, attention quand il est 19h00 que je prescris... »... C'est ça, quoi... [rire]
- *[rire]... Comment tu réagis vis-à-vis la patiente ?*
- Euh... Donc, je lui dis « il y a eu erreur »... Que c'est hyper important qu'à chaque consultation avec les médecins, elle précise ses allergies d'elle-même... Et on pourrait aussi éviter à nouveau ce problème, même si la barrière du pharmacien était passée, si elle vérifie le nom de la molécule... Vu qu'elle est allergique à l'amoxicilline, de vérifier sur chaque traitement qu'on lui donnera s'il n'y a pas écrit amoxicilline en dessous du nom du médicament.
- *D'accord. Du coup, tu fais de l'éducation de la patiente, en fait...*
- Ouais, c'est ça...
- *D'accord. Qu'est-ce que tu vois qui pourrait...*
- Éduquer sa patiente... [rire]
- *[rire] Est-ce qu'il y a d'autres choses que tu vois ?*
- D'autres choses pour éviter ça... Donc ouais, le dossier où c'est écrit « allergies » en rouge et faire attention... L'éducation de la patiente, le pharmacien... Et quand on prescrit un antibiotique... Les 50 % des allergies, moi, qu'ils me disent surtout en pédiatrie, c'est amoxicilline, pénicilline. Donc ouais, les antibiotiques... s'enquérir des antécédents allergiques, quand on prescrit des antibiotiques.
- *D'accord. Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non
- **[lecture de la onzième saynète « consultation par téléphone »]**
- C'est le gros problème des appels aux urgences... Et ça se termine souvent par « il faut qu'ils soient vus par un médecin. Je ne peux pas faire cette consultation par téléphone ». Mais c'est vrai que c'est une question que je pose c'est « est-ce qu'il boit bien le SRO ? », et l'âge. Un enfant de moins de moins de un an, il faut qu'il soit vu le jour même. Et donc, je lui dis de venir aux urgences si c'est hors heures ouvrables. S'il avait plus de un an, et que sa mère me dit qu'il prend bien le soluté... S'il boit bien le soluté, je lui aurais demandé la quantité et les signes de gravité. Je lui aurais demandé juste « est-ce que dans son comportement, il a l'air somnolent ? » Et je lui aurais dit de venir aux urgences. Et si elle est inquiète, de venir aux urgences. Et s'il n'y avait pas de place au cabinet... Enfin, il était quelle heure ?
- *18h30, mais tu as une heure de retard...*
- Eh bien, je lui dis d'aller consulter aux urgences.
- *D'accord. Ça te paraît grave, pas grave, moyen grave ?*
- Parce qu'en fait, je pense qu'hier ça allait encore et aujourd'hui ça s'est dégradé. Il a de moins en moins bu. Ça me paraît grave, mais là, il n'y a pas forcément eu erreur. C'est peut-être juste l'évolution de la gastro. Et ben là, du coup si je l'avais trouvé trop déshydraté, je l'aurais adressé aux urgences.
- *Hum, hum...*
- Et justement, dans les gastro de petits, les pédiatres sont là pour distinguer gastro grave - gastro pas grave, et les adresser au bon endroit.
- *Comment tu gères vis-à-vis de la maman ?*
- Je lui dis que... Là, pour le coup, je pense qu'il n'y a pas eu vraiment d'erreur. Donc, je lui explique que la gastro a persisté, et que du coup, il s'était déshydraté parce qu'il n'a pas assez bu et parce que c'est aussi dans la maladie, il perd beaucoup trop d'eau dans les selles. Et qu'il a besoin possiblement être réhydraté. Et du coup, je l'adresse aux urgences après avoir fait un examen clinique complet pour la suite de la prise en charge.
- *D'accord. Ça a un impact sur toi ?*
- Euh, je suis inquiète pour l'enfant... Mais à nouveau, je sens qu'il n'y a pas eu erreur...
- *Oui, oui...*
- Donc, voilà, je suis contente qu'il ait été vu par un médecin... Et elle est venue le lendemain matin ?
- *Oui...*
- Dans les 24 heures. Et je l'adresse le plus rapidement possible aux urgences.
- *D'accord.*
- Pour moi il n'y a pas eu erreur.
- *Est-ce que tu as d'autres choses à rajouter sur celui-là ?*
- Le problème des consultations par téléphone... Et moi, je m'en méfie trop. Et en plus, mes chefs m'ont dit de m'en méfier. Je trouve qu'ils nous appellent trop aux urgences pour ça. Et moi, dans mes anciennes urgences, on refusait de répondre aux appels de ce type. Et on les réorientait vers le SAMU qui a des grilles... Ils ont de vraies grilles avec questions-réponses, avec des diagrammes de conduite à tenir, que moi je n'ai pas en tant qu'interne. Là, c'était une pratique dans le service, donc je ne suis pas allé contre. Mais je suis genre à dire « il faut qu'ils soient vus par un médecin. Vous êtes inquiète, venez ».

- *D'accord*
- Et je t'avoue que je suis assez énervée, souvent, quand on appelle parce que j'explique aux parents « je n'ai pas l'enfant devant moi. Vous n'avez pas l'oeil d'un médecin. Les consultations ne peuvent pas se faire par téléphone. Donc je préfère vous dire venez que restez à la maison et que l'enfant va mal ». Voilà... C'est mon dernier mot... [sourire]
- **[lecture de la douzième saynète « le confrère »]**
- Je ne comprends pas, je ne l'ai pas contacté pour qu'il vienne plus tôt et pour qu'il pratique les examens complémentaires ! Il est sorti avec les ordonnances, enfin, de fibro ?
- *On suppose que non...*
- Non, là vraiment, je l'aurais recontacté pour savoir ce qu'il en était à la fin de la consultation, s'il avait les ordonnances, qui avait pris rendez-vous et je lui aurais demandé de revenir le plus tôt possible, avec les résultats.
- *Ça te paraît grave, pas grave ?*
- Bah, les délais de prise en charge... Parce que si dans la lettre s'était indiqué que c'était à moi d'organiser tout ça, je trouve ça grave... Parce que pathologie cancéreuse... Là c'est grave.
- *Et comment tu gères vis-à-vis du patient ?*
- Donc, je le recontacte.
- *Là, il est devant toi...*
- Il est revenu... Bah, je lui fais faire la fibroscopie en disant que c'est quelque chose à faire rapidement... Parfois, on a des réseaux et on sait où les adresser. Je lui donne les numéros pour qu'il prenne un rendez-vous le plus rapidement possible. Et même, si moi je connaissais un endroit, j'appelle le jour même pour prendre rendez-vous pour lui le plus rapidement possible.
- *Tu lui dis quelque chose en particulier ?*
- Je lui demande mais pourquoi il a attendu autant de temps. J'ai peur que le pneumologue qu'il a vu n'a pas trop insisté sur le fait que ça pouvait être tumoral et je lui dis... Je le préviens que ... Ouais, c'est le problème des patients avec un cancer... c'est un examen à faire rapidement car il s'agit d'une masse, et que toute masse doit être explorée rapidement... Et que je m'inquiète [sourire]... Non, mais lui dire « je veux rapidement savoir le type de la masse », que c'est un examen à faire rapidement parce qu'il y a une prise en charge rapide s'il s'agit d'une pathologie tumorale, maligne...
- *D'accord.*
- J'avoue, je lui fais part de mon inquiétude pour qu'il soit un peu plus inquiet... Parce que j'ai l'impression qu'il n'était pas assez inquiet et pour qu'il fasse plus rapidement les examens.
- *Tu t'excuses, tu t'excuses pas ? Tu lui dis...*
- Je... Je m'excuse parce que dans la lettre, le pneumologue m'avait délégué la tâche et que j'aurais dû le recontacter plutôt.
- *Ça a un impact sur toi ?*
- Ben oui, parce que ce délai de prise en charge, ce retard de prise en charge m'est aussi dû. Et du coup, je m'en veux aussi... Et j'espère que la prochaine fois, je recontacterais plus rapidement le patient pour que cela ne se reproduise pas.
- *D'accord... Alors, j'ai d'autres petites questions à te poser. Alors, Est-ce que tu as vu des événements indésirables, pas en cabinet mais à l'hôpital puisque tu n'es pas encore passé en cabinet, dont tu as été actrice ou témoin et qui te viennent tout de suite à l'esprit ? Ça peut être grave ou pas grave...*
- *D'accord.* Il y a un truc qui m'a trop marqué... La première fois que je suis passé au bloc de ma vie, comme externe... J'étais en chir tho... C'était au moment de l'anesthésie. On devait couvrir l'opération par de l'amoxicilline et le patient de 40 ans fait un choc anaphylactique... À l'amoxicilline. Et il décède... Il était papa. Et la famille... Enfin, c'était pas une grosse opération... Et là, j'ai vu... Pas la panique parce qu'il y avait un protocole « choc » avec des anesthésistes qui étaient habitués mais moi, ça m'avait énormément marqué de les voir masser. Et je n'ai pas assisté au moment où les chefs ont annoncé ça à la famille, mais c'était l'ambiance glauquisime au bloc opératoire au moment où on a arrêté le massage... Et, en fait, il a fait un choc à l'amoxicilline... Et il n'avait pas d'antécédents, c'était la première fois qu'il avait un choc à l'amoxicilline. Et il y avait eu, donc, du coup, un protocole qui avait été mis en place suite à cet événement : on commence la dose amoxicilline la veille à une plus petite dose et voir s'il y avait une réaction allergique... Parce qu'ils étaient hospitalisés la veille, tous les patients. Et que ça ne se passe pas au bloc opératoire la première dose. Voilà... Enfin, ils avaient réfléchi au problème. Et ça, j'avais trouvé ça très bien...
- *D'accord. Et vu que tu avais été témoin, tu avais pu en reparler avec les chirurgiens, les anesthésistes ?*
- Ben, j'étais avec mon interne qui avait été aussi traumatisé et il m'a dit « ouais, là, pour le coup, c'était impossible de le prévoir. C'était sa première fois... Il était passé par l'anesthésiste... Il n'avait jamais eu d'antécédents d'allergie, même d'autres allergies ». Et on en avait parlé. Mais c'est des choses qui peuvent arriver. Et au décours, où on a fait ce nouveau protocole d'antibioprophylaxie, j'ai trouvé ça rassurant qu'un événement ait un impact dans le service, dans notre pratique...
- *Un impact positif...*
- Ouais. Qu'on réfléchisse et qu'on ne se dise pas « ça pouvait arriver. Voilà... et on s'en fout »
- *Ça, c'est typiquement un événement indésirable, c'est-à-dire que c'est lié aux soins, on peut pas prévoir... Là, pour le coup, il n'y a pas de faute, il n'y a pas d'erreur, il n'a rien du tout... Néanmoins, le fait d'en parler avec ton interne, est-ce que ça t'avait soulagé de ce que tu avais ressenti ? Parce que je suppose que ça avait été assez rude...*
- Ouais... parler avec les internes, avec les externes... Et puis ensuite, il y a eu la présentation de ce nouveau protocole d'antibioprophylaxie avec les chefs, réexpliquer ce qu'il s'était passé au bloc... Ça fait du bien, et c'est bien de parler en médecine... Et tu vois, moi, en cabinet, je me dis qu'il faut que je me mette absolument dans un cabinet où il y a plusieurs personnes... Parce que c'est cette peur de la solitude dans un cabinet qui me tend... Et vraiment, je sais qu'il y a des réunions entre médecins généralistes qui parlent des dossiers qui ont posé problème. Ça, je trouve c'est vraiment trop rassurant. Je sais que c'est déjà en place. Et du coup, je pourrais participer à ça... Et notre génération, il y en a plein qui veulent se mettre à plusieurs, en cabinet pluridisciplinaire. On peut se parler... Ça se voit qu'on n'a pas envie d'être isolés... De partager des avis...
- *OK. J'ai une question à te poser : est-ce que, en parlant de ces différents types d'événements indésirables, est-ce que ça à modifier ta vision vis-à-vis des événements indésirables, ou pas ?*
- Ben, qu'il y a plusieurs degrés d'événements indésirables... Que ça peut arriver, mais vraiment tout le temps, et à n'importe qui...
- *Tu en avais conscience de ça, ou pas ?*
- Pour le coup, le téléphone et la dame tombe... Enfin, depuis que tu me l'as raconté et que ma co-interne m'a raconté, parce que c'est vraiment arrivé, je faisais trop attention aux personnes âgées par rapport à la table d'examen...
- *Et elle te l'a raconté quand ?*
- Elle me l'a raconté quand elle a rencontré ses futurs maîtres de stage. Le lendemain, elle m'a raconté et elle m'a dit « c'était une boulette mon ancienne... C'était une boulette celle que je remplace parce qu'elle a fait plusieurs petites gaffes comme ça ». Et ça m'a bien fait rire... Genre, aussi elle a laissé le cabinet ouvert un soir, elle n'avait pas fermé... Le premier soir...
- *Celle qui était déjà là avant, en SASPASS ?*
- Oui c'est ça... Et aussi, elle est sortie du cabinet parce qu'elle avait oublié de donner une feuille de soins à la patiente, en lui courant derrière. Et du coup, en laissant le cabinet ouvert avec les médicaments accessibles aux patients en salle d'attente, la caisse accessible aux patients en salle d'attente... Ça avait bien stressé la maître de stage... Normal... Mais bon, je pense qu'il y a des trucs comme ça qui auraient pu m'arriver, la chute là...

- *Est-ce que tu trouves que dans nos études... Est-ce que toi, tu as le souvenir d'avoir une sensibilisation dans tes études... dans tes études, pas en stage puisque en stage tu as été plutôt bien sensibilisée...*
- *Est-ce qu'on a eu un cours d'événements indésirables...euh...*
- *Des cours théoriques ou des cours pratiques...*
- *Des cours théoriques, j'en suis sûr... Il y a même un items « événement indésirables » à l'ECN en médecine... Si, il y a la notion d'événement indésirable qui apparaît un moment dans la partie médecine légale... C'était très théorique : quelle est la procédure à faire, quelle est ta responsabilité dedans... Mais il n'y avait pas d'enseignement théorique, de mise en scène, de petites situations... C'est vraiment en stage que j'ai appris qu'il fallait parler, qu'il fallait s'excuser... Il y a eu erreur, et il ne faut pas justement jouer l'autruche, ne pas communiquer l'information au patient... Ça, c'est en stage que je l'ai appris, ça, je ne l'avais pas à la fac et c'est dommage... Et en tutorat, je suis en train de me demander... Parce qu'on travaille pas mal en saynète... Est-ce qu'on a eu, déjà, le tutorat sur ça... Non, je ne crois pas...*
- *Et ça te paraît important d'avoir des cours plus pratiques ?*
- *Ouais, ouais je trouve que c'est avec des petites saynètes... Vraiment tes petites saynètes sont très intéressantes... Qu'on peut développer notre sens pratique et redoubler d'attention. C'est avec ces petits exemples tout simples que tu te dis que l'événement indésirable est au décours de chaque consultation et qu'il faut redoubler de vigilance... C'est bien... Et en fait, il faudrait un truc distillé régulièrement dans nos enseignements parce que je pense que juste un cours sur ça... Ce qui serait bien c'est plusieurs saynètes au cours de nos tutorats, ça serait intéressant... Est-ce que pendant le stage chez le Prat, on parle de ça ? Des événements indésirables ?*
- *Oui et non. Par exemple à Paris V on a des cours Balint et des groupes d'échanges de pratiques. Et du coup, si tu as des événements indésirables dont tu as envie de parler, oui...*
- *Ça serait l'occasion...*
- *Est-ce que tu as d'autres remarques, réflexions ?*
- *Non*
- *Est-ce que tu décrirais autrement un événement indésirable, maintenant ? Par rapport à tout à l'heure...*
- *Donc... Je préciserai un événement, qui a un effet nocif sur le patient, dans le cadre de la pratique médicale... Sans forcément erreur médicale... Qui peut ou pas être lié aux antécédents du patient...*
- *D'accord. Merci*

**(changement de nom)*

Entretien 10 (1h52)

- *Donc, moi je suis Émilie. Je suis à Paris V. J'ai fini mon internat il y a deux ans et demi et là, je suis remplaçante en médecine générale. Qui es-tu ?*
- Alors, moi je m'appelle N. Je suis en stage de médecine générale dans un hôpital psychiatrique.
- *Tu as fait quoi comme autres stages pendant ton internat ?*
- J'ai commencé par les urgences adultes. Après j'ai fait médecine interne orientée diabétologue. Après, j'ai fait le stage chez le Prat, où je fais des remplacements de temps en temps. Ensuite j'ai fait pédiatrie. Ensuite, j'ai fait un SASPASS. Et enfin, mon stage actuel, où on est responsable d'aller voir les patients, de recevoir les entrants et d'aller voir les problèmes somatiques. Voilà...
- *Tu voudrais faire quoi dans la vie ? Et tu es à quelle fac ?*
- Je suis à U. Je voudrais être médecin généraliste. Normalement c'est bien parti. Et puis, enfin je ne sais pas... Au début, je ne voulais pas du tout faire de médecine générale. Je me disais « médecin généraliste, c'est trop nul ». Je voulais faire de la chir et après de la gynéco. Et puis, finalement, comme je n'ai pas réussi à avoir gynéco à l'internat, médecine générale ça me plait bien... le côté global, discussion avec les patients, prise en charge. Et puis c'est très varié aussi... Enfin, voilà, toutes les pathologies, plein de trucs différents, et tout ça. Et après, le libéral m'attire assez dans l'organisation et la façon de travailler. Après, tous les problèmes administratifs, ça, ça me gêne un peu plus. Donc je ne sais pas trop... Sachant que le côté s'installer et rester au même endroit tout le temps, ça me bloque un peu aussi sur le libéral. Donc je ne sais pas. Mais, en tout cas, de la consultation, ça c'est sûr. Je n'irai pas prendre un poste d'assistant à l'hôpital, ou des trucs comme ça. Mais de la consulte, ou soit peut-être en PMI ou... le planning, aussi, j'aimerais bien faire parce que j'en avais fait pendant mon SASPASS. J'avais fait un tiers-temps au planning. Et ça me permet aussi de me réorienter un peu vers la gynéco, ce que je voulais faire à l'origine. Donc, voilà, m'orienter un peu vers la gynéco et puis de la consulte en médecine générale. Voilà...
- *Alors là, c'est un entretien pour ma thèse « les événements indésirables vus par les internes de médecine générale ». C'est des entretiens semi directifs. C'est une thèse qualitative. Et tout ce qui sera très personnel, et pour lesquels on pourra te reconnaître, dans ce cas- là, ça sera gommé. C'est anonyme. Et puis, il n'y a pas de jugement. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. C'est enregistré pour que je puisse me souvenir de ce que tu auras dit. On est à ton domicile et on est le 29 avril.*
- OK
- *Alors, pour toi, qu'est-ce qu'un événement indésirable ?*
- Alors, un événement indésirable, c'est tous les problèmes qui peuvent arriver au patient dans les suites d'un acte médical. Donc, ça va être tous les effets indésirables des médicaments ...ouais, surtout ça... Ou tous les gestes que l'on peut faire. Par exemple, si on fait une injection, et qu'après, il y a une complication sur l'injection. Enfin, des choses comme ça... Oui, ça va être ça...
- *Pour toi, c'est quoi une erreur médicale ?*
- Alors, une erreur médicale...C'est quand un médecin a fait quelque chose qu'il ne devait pas faire, enfin, qui n'est pas validé scientifiquement et qui entraîne un problème au patient... Du coup, un événement indésirable... [rire]
- [rire] Ça se recoupe, ou pas ?
- Bah, disons qu'une erreur médicale ça entraîne... Alors, ça n'entraîne pas forcément un événement indésirable mais, disons qu'il y a plus de chances de s'en rendre compte, si ça entraîne un événement indésirable. C'est à-dire que s'il arrive quelque chose au patient, on va se poser la question de savoir si c'était lié, ou pas, à ce qu'a fait le médecin, si c'est une erreur du médecin... Alors que si un médecin fait des erreurs, on ne s'en rend pas toujours compte. Ça peut passer inaperçu et du coup, on ne le sait pas.
- *D'accord. Alors, je vais te lire trois définitions et tu me diras au fur et à mesure ce que tu en penses. Alors, la première définition, c'est celle du ministère de la santé : « les événements indésirables sont l'ensemble des événements non désirés liés aux soins »*
- Hum, hum...
- *Qu'est-ce que tu en penses ?*
- Alors, « l'ensemble des événements non désirés liés aux soins »... Bah, déjà, « non désirés » par qui ? Est-ce que c'est « non désirés » par le patient ou « non désirés » par le médecin ? Bah, l'avantage de cette définition, c'est qu'elle est très vague. Donc, du coup, on peut tout mettre dedans. Mais, est-ce qu'un événement non désiré, c'est un événement indésirable ? Par exemple, si on sait que lorsque l'on prend la pilule, on va prendre du poids... On s'en doute... Est-ce qu'on va dire que c'est un événement vraiment indésirable ? C'est un effet secondaire mais... Mais, voilà, je dirais que c'est une définition un peu large, qui, du coup, est forcément exacte parce qu'on peut tout mettre dedans. Donc, un événement indésirable ça peut être ça. Mais tout événement non désiré n'est pas forcément un événement indésirable.
- Hum, hum...
- Voilà...
- *D'accord. Alors, l'OMS... « C'est un incident qui entraîne une atteinte pour le patient, atteinte découlant de ou associée à des projets formulés ou à des mesures prises pendant que les soins ont été dispensés et qui ne résulte pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacente ».*
- D'accord. Alors, ça c'est une définition un peu compliquée. Je ne suis pas sûre d'avoir saisi exactement tous les termes... En gros, ce qu'ils veulent dire, c'est que tout ce qui peut arriver du fait du soin et qui n'est pas lié à la pathologie du patient... Ben, elle est un peu complexe, quand même, cette définition... Tu peux la relire ?
- Oui. « C'est un incident qui entraîne une atteinte pour le patient, atteinte découlant de ou associés à des projets formulés ou à des mesures prises pendant que les soins ont été dispensés et qui ne résulte pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacente »
- Ouais... Je n'ai pas tout saisi à cette définition sur la partie des projets... Enfin, elle n'est pas très claire... Je ne comprends pas bien ce qu'ils veulent dire... Dans cette définition... Voilà...
- Hum... Et la troisième... Alors, c'est une définition qui a été utilisée pendant une étude qui s'appelle ESPRIT et qui a été menée en ville en 2013, auprès de médecins généralistes. Alors, « un événement indésirable est un événement ou une circonstance associé aux soins, qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné une atteinte pour le patient, et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau ».
- Alors, cette définition est beaucoup plus claire que la précédente... Donc, en gros, ça a précisé que c'est un événement qui n'était pas souhaité et qui est lié aux soins... Oui, je pense que c'est une définition qui... C'est une définition qui est un peu plus restreinte que la première, et qui, je pense, est assez juste...
- Hum, hum...
- Dans les trois, je pense que c'est celle qui me conviendrait le plus...
- *Alors, je vais te lire des petites saynètes. Tu me diras ce que tu en penses ; si tu trouves qu'il y a un événement indésirable dedans ; alors, je te redirai au fur et à mesure, rassure- toi... S'il y a un événement indésirable, comment tu le gères, pas forcément médicalement, plutôt dans son ensemble ; est-ce que ça te paraît grave ou pas grave ; est-ce que ça a une répercussion sur toi ; voilà déjà...*
- OK
- *[lecture de la première saynète « répondre au téléphone devant un patient »]... Qu'est-ce que tu en penses ?*
- Alors, ce que j'en pense c'est que, là, il n'y a pas eu de respect du secret médical. Du fait qu'on a parlé d'une dame devant un patient, et que le patient a pu déterminer l'identité de Mme A. Donc, voilà, c'est un peu gênant... Voilà, on ne peut pas donner des antécédents de quelqu'un... Voilà, c'est une violation du secret médical, en fait...
- Hum, hum...
- Donc, là- dessus... Après, le fait que le patient, du coup, connaisse la dame, demande de ses nouvelles, puisse lui rendre visite, on peut se dire que ça peut être bien pour la dame puisqu'elle va avoir de la visite. Elle va avoir potentiellement un de ses voisins qui va ensuite pouvoir s'occuper

d'elle après, enfin lui faire des courses, vérifier une fois de temps en temps qu'elle est toujours devant sa porte, tout ça. Mais quand même, par rapport à la violation du secret médical, c'est assez gênant.

- *Ça te paraît grave, pas grave ? Moyen grave ?*

- Bah, ça me paraît potentiellement grave, dans le sens où c'est le secret médical... Voilà, c'est un non-respect du secret médical... Là, spécifiquement dans cette histoire, ça me paraît moyen grave puisque le patient en face, il n'a pas l'air d'aller en faire quelque chose de nocif ou quoi. Mais, voilà, on va dire que c'est quand même quelque chose de moyen grave...

- *Hum, hum... Comment tu gères vis-à-vis du patient ? Vis-à-vis de Mme A ? Qu'est-ce que tu fais ? Qu'est-ce que tu fais pas ? Il y a quelque chose à faire ?*

- Bah, vis-à-vis de Mme A... Ouais, d'ici quelques jours appeler dans le service pour voir un petit peu ce qu'il en est de la suite, bien redonner ses coordonnées pour que ensuite on reçoive le compte rendu, des choses comme ça, pour ensuite mettre en place le suivi si besoin. Et dans l'imédiat, par rapport au patient en face, ben, lui dire que... Que oui, il peut lui rendre visite s'il en a envie, mais qu'à ce moment-là, qu'il essaie de se rapprocher, s'il la connaît, de sa famille, voir avec eux... Enfin, prendre de ses nouvelles via la famille, et voir par là si elle accepte de recevoir des visites. Et j'essaie, du coup, de ne rien dire de plus, et de ne pas répondre à ses questions, enfin aux détails qu'il pourrait demander et puis, de réorienter la consultation sur lui...

- *Ça te paraît évitable ? Pas évitable ?*

- Alors, ça me paraît évitable dans le sens où... Ça m'arrive d'avoir des coups de fil de gens, mais à ce moment-là je ne cite pas le nom de patients.

- *Hum, hum...*

- Donc, voilà, j'essaie de faire en sorte... Si c'est un appel que moi je reçois, je n'ai pas de raison de prononcer le nom de la dame, donc je fais en sorte de ne pas dire l'identité. Après, oui, je donne des informations devant le patient, mais j'essaie de ne pas révéler l'identité de la personne. Donc, oui, c'est évitable...

- *Hum, hum... D'accord. Est-ce que ça a une répercussion sur toi ?*

- Bah, la répercussion c'est que je me sentirais un peu con sur le moment ; voilà de me dire que le patient, il sait alors qu'il n'est pas censé savoir de qui il s'agit. Et puis du coup, c'est un peu gênant parce que l'on peut s'imaginer que le Monsieur après va dire « oh là là, Mme machin qu'est-ce qui lui arrive ? Oh là là, qu'est-ce qu'elle a ? » Et on est obligé de dire « je ne peux pas vous dire » c'est... [tape sur ses cuisses] bon, souvent je pense que le patient, il comprendrait qu'on lui dise secret médical. Mais n'empêche, c'est un peu trop tard parce que maintenant... En plus, du coup, il a entendu toute son histoire, tous ces antécédents, c'est un peu gênant. Donc, oui, les répercussions c'est qu'après je pense que je ferai plus attention à ne pas citer le nom des gens devant les patients... Mais, ouais... Et ça peut un peu perturber ma consultation... enfin, que je ne sache pas trop comment me retourner, comment reprendre le fil de choses d'avoir été pris sur le fait...

- *Hum, hum...*

- Voilà, il faut réussir à repartir après...

- *Tu as d'autres choses à rajouter ?*

- Non, je ne pense pas...

- *Alors, je passe au deuxième [lecture de la deuxième saynète « chute au cabinet »] qu'est-ce que tu en penses ?*

- Alors, j'en pense que... C'est dommage, c'est con, c'est pas de chance [sourire]...Euh, ben ouais, qu'il ne faut pas laisser les gens âgés comme ça monter... Enfin, on peut... Voilà, c'est des choses qui peuvent arriver. Donc il ne faut pas les laisser monter, descendre sans surveillance surtout que pour le coup, c'est vraiment de notre responsabilité... Et pour Mme B c'est dommage [tape sur ses cuisses]. Et puis pour nous, c'est quand même bien risqué, parce que si ensuite il y a une plainte, des poursuites, des choses... enfin, c'est vraiment des choses qui font peur à tout le monde. Alors ça, on n'y pense beaucoup avec les bébés, quand on examine des bébés. Il faut y penser aussi avec les personnes âgées. Donc, ouais, il faut pas... Il faut vraiment surveiller les patients... Moi, c'est un truc auquel je pense tout le temps quand j'ai des patients qui sont un peu... Qui ne marchent pas très bien ou quoi, je fais vraiment attention à ça. Je ne les laisse jamais redescendre tout seul, en fait. Après, répondre au téléphone pendant la consultation c'était peut-être pas nécessaire. Il fallait mieux attendre... Enfin, ça rappellera... s'il y a besoin, ça rappellera. Donc, ne pas répondre au téléphone... En plus, on est en consultation avec la dame, donc... Il ne fallait pas répondre au téléphone à ce moment-là, pour s'occuper de la consultation et ensuite... On répond téléphone. Après, ça peut être aussi le problème des médecins qui n'ont pas de secrétariat, qui gèrent eux-mêmes leur téléphone. Quelle était la nature de l'appel attendu ? Est-ce que c'était un appel urgent ? Voilà, ce genre de choses...

- *Ça te paraît grave ? Pas grave ? Moyen grave ?*

- Ouais, ça me paraît grave... Ça me paraît grave parce que, déjà, c'est de la responsabilité vraiment du médecin de faire attention à ses patients. Donc voilà, cette dame âgée, ben, il fallait faire attention qu'elle ne chute pas de la table. C'est des choses qu'on peut vraiment anticiper. Encore, chez un homme jeune, sportif, voilà, s'il ne fait pas gaffe, il se prend les pieds dans le marchepied... Enfin, il faut faire attention aussi, mais c'est des choses qu'on peut moins prévoir et qui potentiellement vont être moins dangereuses, parce que lui, il tombe, il se relève. Mais Mme B, on ne sait pas si elle ne s'est pas cassée, si elle ne s'est pas fait les fractures habituelles du sujet âgé : le poignet, la hanche, les vertèbres... Voilà, et après les conséquences sont celles que l'on connaît chez les personnes âgées, avec le syndrome de glissements et tout ça... Donc voilà... Donc très grave, oui...

- *Ça a une répercussion sur toi ?*

- Alors, ça a une répercussion déjà personnelle dans le sens où déjà il faut gérer la situation. Donc, voir ce qu'elle a. Ensuite on se sent très très con et vraiment responsable. Donc ça, c'est les répercussions que je ressens. Après, les répercussions en termes de responsabilité, administratif et tout ça...ben ça, on verra ce qu'elles seront en fonction de ce que fait Mme B ensuite. On peut s'en sortir si elle ne se plaint pas, si elle ne dit rien. Après, si elle porte plainte ou quoi, ça peut aller plus loin...

- *Hum, hum... Alors, tu m'as dit « il faut voir comment elle va », tu gères comment ?*

- Alors, je raccroche [rire]

- [rire]

- Je vais voir Mme B. « Alors, Mme B, qu'est-ce qui vous est arrivé ? » En essayant de dédramatiser le truc... Voir, voilà, comment elle va, si elle est consciente ou inconsciente. Donc voilà... En espérant qu'elle soit consciente, voir où est-ce qu'elle a mal, la relever si elle n'a rien de particulier. Et puis sinon lui dire... Enfin, faire le bilan de ce qu'elle a : du trauma, la conscience, les zones douloureuses, les déformations ; voir si elle peut se relever ou pas ; et essayer de la calmer si elle est un petit peu angoissée, stressée. Voilà...

- Tu m'as dit que tu dédramatises.

- Ouais

- C'est-à-dire ?

- C'est-à-dire que pour essayer qu'elle... de moins... Qu'elle ressente moins l'angoisse du truc. Peut-être qu'elle va avoir peur, qu'elle sera un petit peu stressée ou quoi. Donc, de ne pas lui dire « où là là, c'est terrible ce qui vous arrive ! Mais c'est peut-être grave ! Attendez ! Ne bougez plus ! Ne bougez plus ! On va appeler le SAMU ! » Non, il faut essayer de lui dire... Voilà, pour elle diminuer son angoisse, et diminuer la peur qu'elle pourrait avoir après de la situation : d'avoir peur de marcher, de rechuter. Donc elle ne voudra plus se lever, des choses comme ça... Pour éviter ça, le traumatisme psychologique là-dessus...

- *D'accord... Et qu'est-ce que tu lui dis ? C'est-à-dire vis-à-vis de ce que toi tu viens de ne pas faire justement, de ne pas l'aider à descendre ? Est-ce que tu lui dis quelque chose ?*

- Non, je pense que spontanément je ne lui dirais pas. Je lui demanderais ce qui s'est passé. Mais je ne lui dirais pas « excusez-moi. C'est de ma faute. J'aurais dû vous aider ». Je pense que si elle me dit « ah, docteur ! »... Si elle, elle me dit quelque chose « vous auriez pu m'aider » ou quoi,

- je lui dirais « oui, effectivement. Je suis désolée ». Mais moi, spontanément, je pense que je n'irais pas lui dire que c'est de ma faute ni rien... Mais déjà, en essayant de demander ce qui s'est passé, enfin, comment elle a fait pour tomber, pour identifier vraiment le problème. Mais je ne lui dirais pas moi, spontanément, que je prends la faute tout de suite. Pas pour essayer de cacher, pas pour ne pas prendre mes responsabilités mais parce que le propos il est ailleurs, je pense... Ben, de gérer la situation de la chute... Voilà...
- *D'accord. Tu vois des moyens d'éviter ça ?*
- Oui, quand on est avec une personne âgée, donc, on reste à côté d'elle quand elle n'est pas assise sur sa chaise. C'est-à-dire qu'on va l'accompagner... Alors, relativement, on ne va pas être là à lui tenir le bras... mais avoir en tête de rester suffisamment à proximité, sans forcément qu'elle le sente, parce qu'il y a des gens qui n'aiment pas se sentir assistés. Moi, ça m'arrive des fois de vouloir aider les gens et puis qu'ils me disent « non, c'est bon », enfin voilà... Mais gardez à l'esprit que ça peut arriver, et qu'il faut faire attention, l'aider à monter, juste être là... Voilà, lui prendre la main quand elle descend... Parce que là où je remplace, la table d'examen est assez haute avec un petit marchepied... Du coup l'aider. Faire attention que le marchepied est toujours bien au niveau de la descente parce que moi ça m'arrive de le pousser parce que quand j'examine il me gêne. La accompagner de sa chaise au lit d'examen, et du lit d'examen à sa chaise.
- *Hum, hum...*
- Et l'avantage que j'ai, moi, c'est que j'ai le lavabo et les tiroirs, tout ça, à côté du lit d'examen. Donc je ne suis jamais très loin. Je n'ai pas à aller chercher quelque chose à l'autre bout du cabinet. Il y a ça aussi... De toujours être à proximité.
- *Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Qu'est-ce que l'on peut rajouter ? Non... Alors, après éviter... Après, on peut partir dans les extrêmes : on peut mettre des tapis en mousse dans son cabinet mais ça c'est pas possible. Non, c'est juste être attentif aux patients qui ont de risques de chute identifiés. Donc les nourrissons, les enfants aussi quand ils font les cons... Mais bon les enfants, ça, je me dis que s'ils chutent comme ça ils apprendront... Enfin pas du lit d'examen... Mais s'ils commencent à faire des bêtises, et bien, c'est comme ça qu'ils apprennent... Donc, les nourrissons, les jeunes enfants, les personnes âgées, les personnes qui ont des difficultés de mobilisation, et puis voilà... Et puis, les autres aussi, mais moins quand même puisqu'il y a moins de risques...
- *D'accord. Je passe suivant ?*
- Hum...
- **[lecture de la troisième saynète « erreur de clic »]**. Qu'est-ce que tu en penses ?
- Alors, j'en pense que c'est le problème des logiciels informatiques, où en fait on tape le début du médicament et puis on a toute la liste. Et puis suivant là où on clique... La relecture de l'ordonnance... On se dit qu'on est content que le pharmacien soit assez attentif à ce qu'ils délivrent. Donc ça, c'est toujours bien, parce que c'est vrai que moi ça m'est déjà arrivé, alors pas des erreurs comme ça de me tromper de médicaments, mais sur... Sur quoi est-ce que ça m'est arrivé déjà... Non, sur certaines posologies dont il voulait être sûr, ou des choses comme ça. Ce que j'en pense, ben ouais, c'est le problème des logiciels informatiques. Donc il faut à chaque fois, faire l'effort de relire l'ordonnance et de l'expliquer au patient. Tout bêtement si on relit ordonnance, on dit « voilà Monsieur, je vous ai prescrit ça » et qu'on regarde en même temps, on verra l'erreur qu'on a faite. Voilà c'est ça...
- *D'accord ça te paraît grave ? Moyen grave ?*
- Ben, ça me paraît grave de voir la dangerosité des produits qu'on peut avoir prescrits alors que c'est pas cela qu'on a prescrit, enfin qu'on voulait... Là, le progestatif chez ce monsieur de 50 ans... Après, les effets secondaires sur, on va dire, une semaine moins 10 jours, je pense que c'est quand même assez lourd. Enfin, je ne sais pas du tout ce que ça peut faire par contre. Donner un progestatif à 50 ans, est-ce qu'on peut imaginer, je ne sais pas, une poussée mammaire, ou de choses comme ça ? J'en sais rien... Mais ouais, potentiellement grave. Et lié au fait aussi que du coup il n'aura pas son traitement et il ne sera pas soulagé.
- *Hum, hum...*
- Voilà, les deux, les effets indésirables du mauvais traitement et l'absence d'effet, d'efficacité du traitement qu'on lui aurait prescrit.
- *Ça aurait une incidence sur toi ?*
- Alors, oui, la mauvaise... Enfin, la mauvaise conséquence c'est que, forcément, je vais me sentir un petit peu conne. Du coup, je vais être bien reconnaissante envers le pharmacien d'avoir vu la boulette et, ouais, ben, lui expliquer que c'était pas ça que je voulais, que c'était l'autre... Les répercussions, c'est que du coup je serai plus attentive, enfin, d'essayer d'être plus attentive, à ce que je prescris...
- *D'accord*
- Et de relire l'ordonnance avec le patient pour vérifier qu'il n'y a pas d'erreur
- *Ça a des conséquences psychologiques ou pas, à part le fait que tu te sentes « conne » ?*
- Bah les conséquences... Non, je ne pense pas que ça ait de conséquences psychologiques, juste de prise de conscience de la possibilité des erreurs. Après, par rapport au patient, ça dépend ce que le pharmacien lui a dit. C'est pareil, si le pharmacien lui a dit « attendez, je vérifie juste auprès de votre médecin » et qu'après il lui dit « ah, elle a confondu entre deux produits ». Ou si il lui dit « votre médecin, elle est trop nulle. Elle voulait vous donner des progestatifs, c'est des hormones de femmes... », là ça me... Après, voilà, c'est tout ce que le patient va penser de nous, l'image qu'on doit avoir auprès des patients aussi... Parce que si on est en libéral, mine de rien, on a quand même envie d'avoir des clients qui viennent nous voir pour gagner de l'argent, donc c'est toujours ça aussi... Mais psychologiquement, non, je ne pense pas que je lance faire des cauchemars la nuit. Mais je vais certainement être beaucoup plus attentive à ça.
- *Comment tu gères vis-à-vis du patient ?*
- Alors, comment je gère, là... Soit le pharmacien il lui délivre le Surgam et c'est réglé et donc je ne revois pas le patient. Et s'il revient, est-ce que je m'en souviendrais ? Pas forcément parce que je ne pense pas que je vais noter dans le dossier que je suis trompée là-dessus. Si lui il m'en parle, je lui dirai, je lui expliquerai « ah oui, c'est le problème des logiciels. J'ai cliqué sur la mauvaise ligne. Il faut que je fasse plus attention ». Après, si le pharmacien dit « non, moi je ne vous délivre pas, il faut que le patient vienne reprendre l'ordonnance », quand le patient est là, je lui dis « je suis vraiment désolée » et je me justifie « c'est la fin de la journée, j'ai eu beaucoup d'urgence. Heureusement que le pharmacien était là. » en essayant de, bah pareil, de le prendre... Alors, pas à la légère... De montrer au patient que je suis désolée et que je comprends... Enfin, que je vais être attentive, mais que, bon bah, c'est pas si grave que ça... Même si ça l'est... Mais que pour lui c'est pas si grave que ça... Voilà
- *D'accord. Ça te paraît évitable ou pas ?*
- Ouais, ça me paraît évitable. En fait, je pense que toutes les erreurs... Pas toutes les erreurs sont évitables, ce qui n'est pas évitable c'est les effets secondaires des médicaments, on les connaît. Mais je pense que les trois erreurs là, oui, c'est évitable. Clairement c'est évitable. Il faut qu'on soit attentif à ça. Le problème c'est qu'il faut être attentif à chaque seconde. C'est ça aussi le problème que j'ai quand je remplace : à l'hôpital on commence notre journée à 9:00, on la termine à 19:00. Bon, la journée, on parle avec les infirmières, le matin on fait la pause-café. Voilà, il y a des moments où on s'arrête même quand on rédige notre dossier, il y a toujours des moments où notre attention se relâche. Alors que en ville c'est pas possible. C'est-à-dire que toutes les 15 minutes il faut tout le temps se concentrer, et on n'a pas de pause à moins de se mettre dans la journée. Mais sinon on n'a pas de moments de pause. C'est difficile. Il n'y a pas beaucoup de boulot ou on doit être tout le temps, toute la journée... Peut-être les instit, les profs... Mais sinon, il n'y a pas beaucoup de boulot où on est tout le temps, tout le temps dans le truc à 100 %.
- *Très bien. Je passe suivant ?*
- Hum
- **[lecture de la quatrième saynète « le vaccin »]**
- Oui
- *Qu'est-ce que tu en penses ?*

- Qu'est-ce que j'en pense... Là, j'en pense qu'il faut le dire à la mère, lui dire « ah mince, je n'ai pas tout injecté et il faut recommencer, je suis désolée ». Il faut recommencer la semaine d'après. Malheureusement, là on a pas le choix, ouais, lui dire notre erreur, lui dire qu'on est désolé. Mais par contre, il faut recommencer parce que l'on n'a pas injecté le produit et que le vaccin ne va pas être efficace. Il faut recommencer. Ben, voilà... On n'a pas le choix
- *Ça te paraît grave, pas grave, moyen grave ?*
- Bah, grave, je ne sais pas... On a fait une injection à un petit, donc ça lui a fait mal, ça l'a traumatisé. Donc, quand il aura cinq ans et qu'il va venir au cabinet, il va hurler quand il va devoir se lever pour aller sur la table d'examen comme tous. Donc, c'est un petit peu pénible pour nous, parce que du coup on ne pourra pas l'examiner quand il aura cinq ans. Grave... Après, bon, bah, on lui a injecté l'adjuvant, on ne lui a pas injecté toute la seringue avec l'air. C'est grave, sur le fait qu'on a fait un geste douloureux à un bébé, et bien, que c'est douloureux, quoi... Et c'est grave là-dessus. Après, sur les conséquences, il n'y a pas de conséquences... Enfin, j'en sais rien, mais je pense qu'il n'y a pas de conséquences à injecter un adjuvant et à en réinjecter une semaine après... Enfin, au niveau des quantités. Donc voilà... Et savoir expliquer au parent qu'on est désolé, et que malheureusement il faut refaire le vaccin. Qu'on n'a pas fait attention, voilà...
- *Ça a des conséquences pour toi ?*
- Ouais, là j'ai un peu honte parce que ça touche aux enfants et puis c'est vraiment... Et puis là, du coup, on ne peut pas s'en cacher. Autant, les 2-3 premiers, on pouvait tourner le truc. Voilà, là on est obligé de dire à la mère qu'on doit recommencer et qu'on est obligé de repiquer... En plus, les mères et leurs enfants ! Enfin, je veux dire que autant si c'était elle, peut-être qu'elle s'en foutrait que je lui refasse une piqûre, autant le gamin... « Mais il va avoir mal encore... » Enfin, le côté sacré des enfants... Donc là, c'est vraiment embêtant. Donc là, je me sens vraiment très mal. Mais bon, c'est comme ça. Et puis, de toute façon, c'est fait, c'est fait. Il n'y aura pas de conséquences sur la santé de l'enfant, c'est ce qu'il faut expliquer au parent. Que c'est juste chiant pour lui parce qu'il faut refaire le vaccin et que ça ne va pas lui coûter de l'argent, parce que c'est pris en charge par la sécu. Donc ça, tant mieux, parce que c'est le problème si on fait ça avec un vaccin non remboursé... Après, il faut le refaire et le payer de sa poche, je pense que les patients ils n'accepteraient pas non plus. Voilà...
- *Du coup, tu me dis que tu te sens mal, donc tu en parles à quelqu'un ou pas ?*
- Je pense que le raconter aux copines qui sont en médecine aussi, ou à son copain le soir ça peut faire du bien d'en parler. Mais peut-être que spontanément je ne le ferai pas parce que c'est trop la honte ! [sourire] parce que c'est vraiment con... Moi, personnellement ça ne m'est jamais arrivé. Ce qui m'est arrivé, c'est que j'ai injecté le vaccin... J'ai fait un rappel un mois trop tôt. Et je l'ai réalisé en regardant le carnet de santé. Alors, je crois que ça m'a angoissée pendant une semaine. C'était pendant mon SASSPAS... je me disais « oh là là, mon Dieu, je l'ai fait trop tôt », plein de trucs comme ça. Mais ça, pareil, je n'ai rien dit aux parents, j'ai fermé le carnet de santé et je ne leur ai pas dit. Et c'est vrai que là, ouais, je me suis sentie un peu mal. Et d'en parler, je pense que ça peut faire du bien. Mais c'est très difficile de le faire, je pense...
- *Pourquoi ?*
- Parce que l'on a trop honte ! Voilà, c'est le genre d'erreur... C'est dur de parler de ses erreurs, de dire ce que l'on a mal fait...
- *Pourtant, celle-là, elle ne porte pas à conséquence... On est d'accord.*
- Ouais, mais c'est parce qu'elle est très con, parce que c'est un geste aussi. Je veux dire que faire une erreur sur une ordonnance, tout le monde le fait. Voilà, faire un patient qui tombe, c'est des trucs évitables, mais qui ne sont pas de notre erreur... On n'a pas poussé le patient, c'est la faute à pas de chance... Mais, il fallait qu'on fasse attention. Là, c'est vraiment nous qui avons injecté le truc, enfin, pas le truc en totalité. Donc, c'est là-dessus qu'on se sent vraiment bête. Voilà...
- *Tu m'as dit que c'était évitable. Est-ce que tu vois des moyens pour éviter ça ?*
- Il faut se concentrer. Il faut faire les trucs étape par étape. C'est-à-dire que d'abord, on met le gamin sur la table, on dit aux parents de rester à côté. Ensuite, on prépare son injection. Mais voilà, on ne va pas répondre au téléphone pendant qu'on est en train de faire le truc. On prépare son truc, sans vaccin. Et ensuite, voilà, on vérifie... On regarde le carnet de santé avant de commencer, pour vérifier que le vaccin est bien justifié. Ensuite, on prépare le truc et on injecte. Mais vraiment, le faire dans une unité de temps. Et se concentrer sur son geste. Si la mère, elle nous parle en même temps, il faut vraiment... Enfin, il faut rester sur une seule phase pour limiter dans le temps la préparation du vaccin.
- *Et ça, cette technique, tu l'as mise au point... On te l'a dit quand tu étais pendant ton stage chez le Prat ?*
- On ne me l'a pas dit, mais je pense que j'ai dû le voir. Ça devait être comme ça que faisait ma Prat... Enfin, c'est d'être systématique, et de faire les choses étape par étape. C'est comme quand un patient arrive avec un motif, il faut faire motif par motif. Ça évite de mélanger ou d'oublier des choses.
- *D'accord. Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non
- **[lecture de la cinquième saynète « le vaccin bis »]**
- Alors ça, ça m'est déjà arrivé... Alors, ça ne m'est pas arrivé qu'il y ait une quantité de vaccins... Si, une quantité minimale... Ce qui m'est arrivé, c'est que c'était un gamin assez grand et donc je n'ai pas pensé qu'il avait besoin que sa mère le tienne. Et au moment où j'ai injecté, il a bougé le bras et du coup, je l'ai un peu griffé avec aiguille. Et puis voilà, ça l'a traumatisé. Donc, je l'ai engueulé. [sourire] et j'ai repiqué. Et je lui ai dit « voilà, je t'avais dit de ne pas bouger ». Après, sur l'histoire de la quantité de vaccin qui se répand, voir ce qu'il nous reste dans l'aiguille. Alors voilà, si c'est moins d'un tiers, je pense que je reprends injection et que j'injecte. Si c'est plus, on en cherchait un deuxième, et on injecte pas la totalité. Alors ça, c'est du bricolage... Scientifiquement je ne sais pas ce qui est validé ou pas. Mais je pense que c'est ce que je ferais. Et puis on recommence et je réexplique à la mère comment on tient. Et moi, quand je vaccine, je tiens vraiment très fort les jambes du bébé. Alors, je dis à la mère de mettre une main sur le bassin, donc l'enfant il faut qu'il reste sur le dos. De mettre une main sur le bassin et d'appuyer bien fort et avec sa deuxième de tenir les deux mains du bébé. C'est ce que je fais aussi pour regarder les oreilles des enfants. Et donc, moi, ensuite, je leur prends une jambe, ou les deux jambes, et j'injecte dans la cuisse. Et je dis aux parents qu'il faut appuyer très fort, et qu'il faut bien les maintenir. Voilà...
- *D'accord...*
- Hum...
- *Ça te paraît grave, pas grave, moyen grave ?*
- Ça me paraît moyen grave parce que peut-être qu'on y est... On n'y est pas pour pas grand-chose, mais on n'y est moins pour quelque chose comme le cas d'avant où c'est nous qui avons oublié le truc et qui avons injecté. Là, l'enfant a bougé. C'est la mère, elle avait qu'à mieux le tenir [rire]...
- *[rire]*
- Donc, tant pis, on repique. Donc, c'est ça, c'est tant pis on repique. Après, sur la quantité de vaccins, est-ce que l'enfant sera moins... Soit tant pis on repique et c'est une autre piqûre, après il faut faire attention à ne pas trop injecter... Alors, après les conséquences d'injecter une double dose, qu'est-ce que ça va être ? Ou de ne pas avoir injecté assez de vaccin, est-ce que l'enfant va attraper une maladie grave, avoir des séquelles à vie ? Je ne pense pas non plus, dans un mois il est revacciné. Et on espère que ça se passera mieux. Je pense que, ouais, c'est moyen grave.
- *Tu dis à la mère « il fallait le tenir mieux » ?*
- Je ne lui dis pas « il fallait le tenir mieux », je lui dirai « on recommence. Et maintenant vous le tenez bien comme ça. Appuyer fort. Allez-y ! Il n'aura pas mal. Il vaut mieux bien le tenir et qu'on injecte bien ». Voilà je lui dis ça. Je ne lui dis pas « oulala, il fallait mieux le tenir. Vous êtes une mauvaise mère ! » [rire]... Non, quand même pas... Je lui réexplique...
- *Ça a un effet sur toi ? Une conséquence sur toi ?*
- Je pense que, ouais, ça me perturbe un peu parce que là, justement, je vais me dire « merde. Qu'est-ce que je fais ? J'injecte ? Est-ce qu'il faut refaire ou pas ? Est-ce que la mère a vu ou pas qu'il y avait trop de produit qui est sorti ? ». Mais sinon, pas plus que ça, je pense...

- *Et s'il y a une toute petite quantité qui est ressortit ?*
- Ah ! Je ne refais pas. Je ne dis rien, je dis « c'est pas grave ». De toute façon, quand on fait des vaccins, moi ça m'arrive : on pique, on enlève, et il y a du liquide blanc qui ressort. C'est le vaccin qui ressort. Si c'est une toute petite quantité, je ne fais rien. Et si la mère le voit, je lui dis « c'est pas très grave. C'est pas beaucoup. Dans un mois on revaccine ». Si c'est une petite quantité, je ne refais rien du tout.
- *D'accord... Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non
- **[lecture de la sixième saynète « problème de compréhension »]**
- Alors, ça c'est la difficulté de patients qui ne parlent pas français. Donc, il faut faire attention à ce genre de personnes... Je pense... Faire un support écrit. Enfin, leur demander si, si on voit qu'ils ne comprennent pas... faire un support écrit. C'est-à-dire que, moi, quand j'envoie une patiente aux urgences, je fais toujours un courrier. Donc on écrit sur l'enveloppe « urgences ». Et si le patient, on a l'impression qu'il n'a pas compris, on lui demande s'il connaît des gens et on dit « il faut aller aux urgences ». Et si on voit qu'il ne comprend pas, il faut lui dire de donner la lettre aux gens qui comprennent en espérant que ces personnes vont comprendre. Après, sur une arthrite septique... Effectivement, voilà, s'il a de la fièvre, s'il a des frissons, effectivement essayer d'appeler quelqu'un qui vienne le chercher en expliquant qu'il faut qu'il aille aux urgences. Ça, je pense que je le ferais assez facilement. Hum... Si c'est des choses moins graves, je me donnerais peut-être moins la peine. Mais sur une urgence vraie, je pense que j'essaierais d'appeler quelqu'un pour qu'il aille aux urgences ; ou sinon, faire un papier en expliquant à la personne qui recevra le papier qu'il faut qu'il aille aux urgences.
- *Ça te paraît grave, pas grave, moyen grave ?*
- Alors... Ça me paraît grave parce que c'est une infection potentiellement sévère avec des conséquences potentiellement graves, voilà, de septicémie, de choses comme ça... Là, on est content de voir que M. F revient vivant ; qu'en l'examinant il n'a pas trop de fièvre ; que l'infection, il n'y a rien d'associé plus haut. Non, alors... Par rapport au cas, par rapport à la pathologie, c'est grave parce qu'effectivement c'est une urgence et qu'il fallait s'assurer qu'il allait vraiment aux urgences. Après, sur le fait de ne pas se faire comprendre de ces patients, c'est aussi tout aussi potentiellement grave. Malheureusement, si eux, sachant qu'ils ne comprennent pas, ne viennent pas accompagner, ben, on ne peut pas grand-chose pour eux à part, voilà, transmettre un mot pour une personne qui comprendrait. Mais, malheureusement, nous on ne peut pas... Enfin, lui il sait qu'il ne va pas comprendre et qu'il peut venir avec quelqu'un qui comprend. Moi, je ne sais pas que dans ma journée, je vais avoir telle personne de tels pays et qu'il me faut tous les interprètes de chaque pays. Et c'est vrai que là où je remplace il y a beaucoup de personnes étrangères. Et souvent, il y en a beaucoup qui viennent accompagnées d'enfants, ou qui me disent « écrivez. Faites un mot pour mon fils ». Donc ça, ils savent... Enfin, les gens savent... Je pense qu'ils peuvent s'adapter là-dessus. Mais lui, ouais... Donc, grave sur la pathologie ; sur le fait de ne pas se faire comprendre de patients, bah malheureusement, c'est à eux aussi de prendre leurs dispositions. C'est à nous de faire attention de transmettre quelqu'un qui puisse comprendre mais c'est aussi à eux de venir accompagner s'ils peuvent venir accompagner.
- *Comment tu gèrerais vis-à-vis du patient ?*
- Ben, comment je gère ? [sourire] je lui dis « je vous avais dit d'aller aux urgences » il ne comprendra pas. Donc je me dis « voilà, c'est comme ça. Et cette fois-ci je fais le courrier et je lui dis d'aller aux urgences »...
- *Hum, hum...*
- Et sur le courrier je précise bien que M. machin a tardé à consulter. [sourire] comme ça, je me dédouane. Et puis voilà... De toute façon, on en est là. Donc, il faut qu'il aille aux urgences pour se faire soigner. Donc voilà... Et puis, par rapport à moi, pour la prochaine fois, écrire des lettres. Enfin, faire en sorte que le message passe à quelqu'un. Et s'il n'arrive pas à comprendre... Après, dans ce cas-là, appeler les pompiers ou pas... C'est compliqué, parce que l'on se dit qu'il peut y aller lui-même. Je pense que je n'aurais pas appelé les pompiers quand même. À un moment, il faut se responsabiliser. Si il a mal et qu'il attend, ben, tant pis pour lui, quoi... Il sait qu'il y a des urgences et qu'il peut aller y consulter nuit et jour. Et donc, il faut qu'il y aille. Voilà...
- *Ça a une répercussion pour toi ?*
- Non, je ne pense pas tellement... Pas tellement, pourquoi... Alors, j'essaie de me mettre en situation... Ben, moins que les enfants, parce que c'est toujours particulier tout ce qui touche aux enfants. On se sent forcément responsable... Moins que la personne âgée, parce que l'accident c'est quelque chose qui était vraiment évitable. Lui, il l'a son infection... Et c'est un homme plutôt jeune, voilà, il avait l'air d'être cortiqué, comme disent tout le temps les médecins... De ne pas comprendre... Alors, je ne sais pas si... Oui, j'aurai du faire la lettre, comme je fais à chaque fois. De toute façon, je fais toujours des courriers pour les urgences. Donc, j'écris urgent au-dessus et je pense que le fait de donner un courrier à quelqu'un, du coup, il se pose la question de qu'est-ce que c'est. Du coup, il l'aurait montré à quelqu'un. Et le quelqu'un aurait pu comprendre que ça voulait dire qu'il fallait qu'il aille aux urgences. Donc, c'est un moyen aussi... Et puis du coup, le patient, quand il a sa lettre, il se dit « bon ben, j'y vais »... Voilà...
- *Et comment tu gères, maintenant qu'il y a quelqu'un qui peut traduire ?*
- Ben, j'essaie de mieux l'examiner, mieux lui expliquer les choses... Et voilà. Après, est-ce que... vu l'urgence, je ne me lancerais peut-être pas dans l'interrogatoire complet, les antécédents, d'où il vient, les vaccins, les trucs, les machins. Je pense que je l'enverrai directement. Et puis je lui dirais, que la prochaine fois qu'il vient qu'il faut qu'il soit accompagné pour que l'on puisse traduire parce que la dernière fois on s'est pas compris. Je mettrais ça en place. Et je lui dirais d'aller aux urgences. Voilà...
- *Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non...
- **[lecture de la septième saynète « visite à domicile »]**
- Hum... Alors là, c'est tout l'intérêt de lire les courriers qu'on reçoit, et de noter dans le dossier de modification, c'est-à-dire ce que je fais, quand je remplace... Alors, attention, je ne suis pas le médecin parfait [sourire]... Mais, après, c'est facile, moi je travaille de temps en temps, je n'ai pas mes propres patients, donc j'ai moins de boulot là-dessus. Mais ce que je fais, quand je suis amenée à remplacer sur plusieurs jours, du coup, c'est moi qui ai le courrier. Systématiquement je lis tous les courriers, parce que même si ce n'est pas mes patients, c'est toujours rigolo de lire des histoires de patients. Et puis, je scanne les trucs... et si c'est des patients que je connais j'essaierais de noter si « courrier : modification de traitement »... Ben, ça c'est un problème d'organisation...
- *Hum, hum...*
- C'est le problème, aussi, des visites à domicile. Moi, je déteste les visites à domicile. C'est un truc, ouais...
- *Tu n'aimes pas ?*
- Parce que on n'a pas tout le matériel, on n'a pas tout le dossier, on n'est pas aussi l'aise... Que quand on a son petit ordinateur, ces petits trucs. Là, on arrive chez les gens, on les examine n'importe comment parce que le lit est trop bas et qu'il n'y a pas de lumière. Et puis, ils ont 36 milliards de papiers dans tous les sens. Bon, bah voilà... C'est toujours un peu compliqué là-dessus. Quoi d'autre ? Ben, oui, c'est bien dommage. Là, on se dit qu'on est content qu'il y ait la dame, qui est la fille de la patiente pour nous dire... Après, on se sent très con aussi, par rapport à sa fille...
- *C'est-à-dire ?*
- Parce qu'elle, elle a vu qu'on a fait une erreur, une bêtise. Donc, voilà, on est un peu prise sur le fait et on se sent forcément un petit peu bête. Donc là, lui dire « ah oui, effectivement » ou alors, on nie tout [sourire]. On peut tout nier, et de dire « quel courrier ? Je n'ai pas reçu de courrier. Quelle ordonnance ? Est-ce que vous l'avez ? Faxez-la-moi, que je vérifie ça ». Ça, ça peut être une technique, parce que la dame ne va pas savoir qu'on n'a pas reçu le courrier... Sauf si c'était la lettre qui était posée sur la table, à côté, et donc la voilà... Mais si c'est un courrier qu'on est censé avoir reçu au cabinet, on peut dire qu'on ne l'a pas reçu. Et lui demander le nom du traitement et lui dire « c'est la faute de la poste »... [rire] c'est toujours bien de trouver un autre fautif que soit... Sinon, on va dire « effectivement, je n'avais pas fait attention. Ça s'est perdu dans la pile de trucs ». Alors, autre chose, si on va chez Mme G, 90 ans... Alors, là je vais faire le médecin généraliste comme on nous enseigne à la fac... Mais,

si on va chez Mme G, 90 ans, qu'on l'examine bien, qu'on lui prend la tension, qu'elle est normale avec son ancien traitement et que le cardiologue lui a prescrit le tout nouvel antihypertenseur sur le marché depuis deux jours. Voilà, on peut justifier en disant « moi, je ne lui mets pas ça. Je lui mets l'ancien. Il n'y a pas besoin de mettre de nouveaux médicaments pas connus, alors que le mien, ça fait 50 ans qu'il est prescrit et qu'on le connaît très bien et qu'il est très bien ». Voilà... On peut faire ça aussi [rire]

- [rire]

- Non, mais là, sur l'histoire de la lettre... C'est compliqué, la gestion, tout ce qu'il y a à gérer, les courriers, les trucs. Ça demande de l'organisation. Enfin, c'est réussir à s'organiser pour qu'il y en ait une trace dans le dossier. Ou alors, avant de faire ses visites, relire tous les dossiers de patients qui correspondent à ces visites pour voir s'il y a eu des éléments nouveaux. C'est ça... Voilà...

- Ça a des conséquences pour toi ?

- Oui, je perds un peu de ma crédibilité vis-à-vis de la fille de la patiente. Donc, une perte de confiance aussi, surtout chez ce genre de patients où là, la fille a l'air assez attentive. Et ouais, c'est important d'avoir la confiance, quand même... On est quand même content qu'il y ait quelqu'un qui veille sur cette dame puisque là, la fille a l'air présente, mais ce n'est pas le cas pour tous. Les conséquences pour moi... Pareil, je me sens bête. Je me dis qu'il faut que je fasse plus attention, et avoir le dossier à jour sur les traitements et tout ça. Mais c'est très difficile de se souvenir... Ou alors, à chaque fois qu'on reçoit un courrier, c'est le noter dans l'observation, mais c'est pas évident. En tout cas, toujours essayer d'apprendre de ses erreurs. Oui...

- D'accord. Tu m'as dit que tu te sentais bête, tu en parles à quelqu'un ou pas ?

- Non

- Non...

- Non, parce qu'en plus, c'est vrai que quand moi je rentre le soir, je ne pense plus... Enfin, il y a des cas qui me perturbent un peu. Mais j'oublie rapidement, en fait, ce que j'ai fait dans la journée, qui j'ai vu. Donc en parler à quelqu'un, non... Non, éventuellement, après quand au resto avec les copines, et qu'on commence à se raconter nos histoires de stage, ça ressortira... Mais longtemps après... Je pense que c'est plus dans la blague, comme ça, mais pas forcément à ce que je ressens le besoin d'en parler.

- D'accord. Tu as d'autres choses à rajouter ?

- Non

- Je passe au suivant ?

- Je vais boire un coup, parce que c'est fatigant de réfléchir autant. Mais tu peux lire pendant que je bois mon verre d'eau.

- [lecture de la huitième saynète « examens complémentaires non lus »]

- Donc là, c'est pareil, c'est le fait d'être systématique. Donc il faut regarder les résultats, les lire, pas juste cliquer dessus et les ranger dans le dossier. Et puis noter sur un papier ceux qui sont à rappeler. Tout simplement... C'est le côté, malheureusement, de quand on propose un service, à savoir recevoir les résultats, bah, il faut les regarder. C'est sûr que ça serait beaucoup plus pratique pour tous les médecins de ne recevoir les résultats que quand ils sont apportés par les patients, parce que comme ça c'est uniquement de la responsabilité du patient. Sauf que maintenant, on s'est engagé à les recevoir, donc il faut les lire. Donc là, c'est vraiment de notre responsabilité de lire les résultats et d'appeler les patients. Alors, bien sûr, le truc, c'est d'avoir les numéros de téléphone à jour dans les dossiers. Parce que une fois qu'on a les résultats qu'on va appeler le patient, si on n'a pas le numéro, ben là, on ne peut rien faire. Mais, là-dessus, c'est d'être systématique et regarder tous les jours les résultats des examens qui arrivent sur la boîte.

- Et comment tu gères vis-à-vis de la petite K, mais aussi de son père du coup ?

- Ben, là je l'appelle. Je lui « bonjour Monsieur, j'ai reçu les résultats de Machin. Voilà ce qu'ils montrent, et voilà ce qu'il faut faire ». Et je ne lui dirai pas « c'est trop tard. Ça fait déjà lundi, on est samedi... ». Pareil, le mal est fait. Et on a tous les deux notre responsabilité : lui parce que je lui avais dit de revenir le mardi, et moi parce que je n'ai pas regardé les résultats que j'ai reçus. Donc voilà... « Donc voilà, les résultats c'est ça. Il faut faire ça. Il faut revenir pour le traitement. Ou, bien sûr moi je ne prescris pas ce genre de choses, j'appelle l'endocrino pour voir ce qu'on fait. Et, vis-à-vis du père, non, je ne lui dis rien, là-dessus, on est tous les deux fautifs. Sauf que l'on ne peut pas se reposer sur les patients pour amener des examens. Alors, quand c'est des examens pas urgents, genre glycémie, cholestérol, tout ça, on est pas obligé d'appeler les gens. Ils savent qu'ils doivent revenir, tant pis pour eux. Mais sur ce genre de choses... Et puis, noter aussi, quand on a vu les trucs urgents le samedi, faire une petite feuille en notant le nom du patient pour rechercher spécifiquement ses résultats le mardi pour voir si ça été fait ou pas. Éventuellement, appeler le père pour lui demander « alors, c'est quoi les résultats ? ». S'organiser, avoir une feuille je pense avec lesquels urgents que l'on note pour s'en rappeler de les récupérer. Voilà...

- Tu t'excuses, tu t'excuses pas ?

- Non, je ne m'excuse... Non, je ne dis rien. Je dis « bonjour, on est samedi. Voilà les résultats. Voilà ce qu'il faut faire ». Mais je ne m'excuse pas du retard. Voilà... Et si lui, il me dit « ben oui, on a les résultats depuis quelques jours », je lui dirai « ben oui, si vous avez les résultats, je vous avais dit de m'appeler pour mardi. Je vous avais dit de revenir le mardi. Moi j'ai énormément de patients et je ne peux pas tout vérifier. Je n'ai eu le temps qu'aujourd'hui de regarder. Donc je vous rappelle, vous vous n'avez pas appelé ». Je lui dis comme ça, je rentre en conflit mais tant pis. Pour le coup, là c'est vraiment... Autant pour la mère qui a mal tenu son bébé, voilà, ça arrive... Mais lui, je lui avais dit spécifiquement qu'il fallait qu'il revienne le mardi. Donc voilà... Donc, non, je ne m'excuse pas...

- Ça a des conséquences pour toi ?

- Ben, oui, de prendre conscience... De me dire qu'il ne faut pas que je passe à côté des urgences. Enfin, des choses que je sais, il faut que je me trouve un moyen de me faire un rappel. Alors, pour moi le plus simple c'est un post-it collé sur l'écran de l'ordi, sa liste de choses à faire avec des petits cases à cocher qu'on coche, je ne sais pas... Mais oui l'important c'est qu'on ne peut pas laisser passer ça. Il faut le noter quelque part pour récupérer les résultats.

- Ça te paraît grave, pas grave, moyen grave ?

- Ça me paraît grave parce que l'hyperthyroïdie c'est un truc potentiellement grave. En plus, je ne suis pas particulièrement à l'aise avec la prise en charge sur ces trucs. Donc, ouais, ça me paraît grave. Les conséquences, alors je ne m'en souviens plus, de ce que ça peut donner exactement la crise d'hyperthyroïdie... Les problèmes cardiaques, tout ça. Après, elle est jeune, elle a 12 ans. Donc, ouais, ça me paraît grave... Bon, on est là, on est là. 13:30 le samedi, il n'y a plus un seul endocrinologue en ville. Donc on appelle le CHU pour avoir l'endocrino d'astreinte, ou peut-être les urgentistes savent... En plus, pour une fois qu'il y a un truc un peu rigolo, qui change de rhume et de recopiage d'ordonnance de metformine. Enfin, c'est intéressant de suivre et de faire attention à ça.

- Tu as d'autres choses à rajouter ?

- Non

- [lecture de la neuvième saynète « interactions médicamenteuses »]

- Alors ça, c'est vraiment la galère... Parce que les interactions médicamenteuses entraînent, je suis vraiment très mauvaise là-dessus. C'est vraiment un truc que je ne maîtrise pas. Alors, qu'est-ce que je vais connaître comme interactions médicamenteuses... Alors, vite fait les AVK et les antimitotiques parce que j'ai une copine qui vient de soutenir là-dessus. Ça m'a fait une piqûre de rappel. Mais, là-dessus, les sulfamides et le triflucan je n'y aurais pas du tout pensé. Donc, qu'est-ce que je fais... J'arrête le triflucan... Après, demi-vie, machin, combien de temps ça reste dans l'organisme, j'en ai aucune idée... Après, je vais essayer de trouver la durée de la demi-vie du triflucan et puis je lui dis de ne pas prendre les sulfamides pendant ce temps-là, le temps qu'il soit éliminé et de les reprendre après. Et de lui dire que ouais, c'est des interactions médicamenteuses... Alors, après, pour traiter sa mycose, qu'est-ce qu'on fait ? Ou alors, on arrête les sulfamides... On lui demande déjà si elle en faisait avant, potentiellement... Elle a quel âge la dame ?

- Elle n'a pas d'âge. Mais elle peut avoir une cinquantaine d'années...
- 50 ans, donc elle est jeune. Est-ce qu'on ne peut pas mettre autre chose que les sulfamides et qui ne fasse pas d'hypoglycémie ? Genre les glinides... Et on essaye de changer de traitement... Plutôt son traitement antidiabétique. Surtout que les sulfamides hypoglycémiant ça donne des hypoglycémies. C'est pas super comme traitement. Donc je mettrais plutôt un glinide à ce moment-là, en vérifiant qu'il n'y a pas d'interaction parce que peut-être qu'il y en a et que je n'en sais rien. Mais de changer de traitement, ouais... Ou alors, voir s'il y a un autre traitement pour la mycose. Donc, soit changer ce traitement, soit si on peut pas, changer le sulfamide hypoglycémiant. En plus, si elle fait des hypo peut-être qu'elle en fera après, donc autant les changements non. Voilà...
- Qu'est-ce que tu dis à la patiente ?
- Qu'est-ce que je dis à la patiente ? Je dis « ah, oui, c'est peut-être ça qui vous a donné des hypoglycémies. Va essayer un autre traitement » et je lui explique que soit si elle a déjà les sulfamides habituellement, et que son traitement est bien équilibré, le changer c'est embêtant. Donc à ce moment-là je lui dirais « on va essayer le lamisyl si ça marche » et puis s'il y a rien d'autre... Je lui dirai « non, là vous êtes vraiment très gênée par votre mycose par le coup. Il faut qu'on traite. On va changer de traitement contre le diabète pour un autre qui ne donnera pas d'hypoglycémie de la même façon »
- D'accord
- Et puis, je ne m'excuse pas... Je pense que, de principe, dans ce genre de choses, il ne faut pas s'excuser. Quand on a fait vraiment une erreur, du style on s'est trompé dans la prescription de l'ordonnance, qu'on a injecté que l'adjuvant, là, oui, s'excuser. Mais là, de dire « c'est une interaction, ça arrive entre les deux. Bon, on a essayé parce que c'est le traitement de la mycose œsophagienne. Donc, on pouvait tenter. Vous, ça vous a donné cet effet. Donc on va essayer avec un autre, en espérant que ce soit tout à fait efficace ». J'avoue pas facilement mes fautes, je pense. Je pense que j'essaie de me cacher un peu en lui disant que le premier, c'est le traitement, que donc, on l'a essayé en premier. Que c'est celui qu'on donne habituellement. On va essayer celui-là, qui marche aussi. Ou que du coup on lui change son traitement contre le diabète parce qu'elle risque d'être embêtée aussi par la suite par des hypos... Ce qui est potentiellement vrai, mais ce qui est aussi pour moi pas montrer ma faute parce que je n'aime pas trop... J'avoue...
- Pourquoi tu n'aimes pas trop ?
- Parce que l'on montre au patient que l'on ne sait pas... Autant, je sais dire aux gens « je ne sais pas ce que vous avez » et du coup, j'adresse aux spécialistes assez facilement pour ça. Mais, autant je n'aime pas qu'ils sachent que j'ai fait une erreur. Ou que je n'ai pas été attentif sur un truc. Le truc horrible, aussi, c'est quand on a un trou de mémoire sur les traitements. C'est souvent ce qui m'arrive. Une fois, comme ça, j'ai eu un blanc pour un médicament contre la gale ou contre une teigne et j'ai passé cinq minutes sur Internet à chercher le nom du médicament. Je me sentais trop ridicule parce que je ne voulais pas qu'on voit que je ne savais pas. Mais c'est vrai que de montrer au patient que l'on ne sait pas tout, parce que malheureusement on ne sait pas tout, bah, c'est assez... Ouais, je préfère que ça ne se voie pas trop que je ne sais pas... Soit, ouais, qu'ils ne voient pas mes erreurs. Je préfère pas qu'ils voient les erreurs. Je préfère toujours maquiller si je peux. Et si c'est trop flagrant, genre l'adjuvant, là, je ne lui dirais pas « OK, c'est bon, le vaccin est fait ». Je dirais « tant pis, on repique. C'est une erreur. J'ai complètement zappé ». Mais ouais, ne pas lui avouer que je me suis trompée, surtout qu'alors ça, pour le coup, je ne connaissais pas du tout comme interactions. Mais c'est bon, comme ça je le saurai pour la prochaine fois.
- Alors... Je ne sais plus si tu me l'as dit, je suis désolée... Ça te paraît grave, pas grave, moyen grave ?
- Ouais, c'est grave, parce que pour le coup, les hypoglycémies ça peut avoir des effets potentiellement graves : traumatisme crânien si elle perd connaissance, coma... Pour le coup, ouais, c'est vraiment... Et puis on le voit, c'est vraiment des effets secondaires graves qui surviennent. Donc, ouais, il faut être attentif là-dessus. Mais c'est la difficulté de notre boulot, on ne peut pas être sur tout mais on est obligé d'être sur tout... on est obligé de tout ça, de gérer tous les effets secondaires des médicaments, des trucs qu'on est obligé de connaître, en fait, des interactions là-dessus... Pareil, avec les AVK... Ouais, mais moi, j'avais zappé... Il faut se former en continu, il faut lire, bosser pour se re-rappeler tout le temps des trucs, faire des formations... Parce que ça s'oublie super vite... Ouais, grave, les hypoglycémies...
- Ça a une conséquence pour toi ?
- Ouais, pareil, je me sens con et là, je me dis que ouais, on est passé pas loin d'un truc potentiellement grave et qu'il faut être attentif là-dessus. Et ouais, je me sens vraiment pas bien. Mais ça, je pense que c'est le genre de trucs qui peuvent me faire faire des cauchemars
- Ah oui ?
- Oui j'ai déjà dû faire des cauchemars à cause de patients. Et ça, je pense que, ouais, ça pourrait me travailler parce que, ouais, elle a fait quand même des hypoglycémies. Et heureusement qu'elles n'étaient pas très profondes et qu'elle a pu peut-être se re-sucrer, qu'elle connaît bien le truc ou qu'elle est bien éduquée. Donc ça, ça peut m'impacter. Encore plus si la patiente m'en veut... Je n'aime pas quand les patients m'en veulent. Je n'aime pas quand les patients me jugent euh... ou qu'ils ne sont pas sûrs de ce que l'on fait, euh... Je n'aime pas trop quand les patients ils font ça
- Pourquoi ?
- Parce que ça remet en cause ma connaissance. Et ça remet en cause le fait que je connais mon métier. Il doute du fait que je sois un bon médecin. Alors, j'ai pas la prétention d'être un bon médecin, mais je n'aime pas quand les gens disent qu'on n'est pas un bon médecin. J'aime bien que les patients ne me mettent pas en difficulté, que ouais, je ne me sente pas mauvaise face au patient. Qu'ils aient confiance, qu'ils croient et qu'ils ne me poussent pas dans mes retranchements.
- Tu veux quelque chose à mettre en place pour éviter ça ?
- Alors, quelque chose à mettre en place pour éviter ça... Lui réexpliquer comment se re-sucrer, lui réexpliquer les signes de l'hypoglycémie. Ben, pour éviter ça, éviter de mettre des traitements qui donnent des hypoglycémies. Mais, après, c'est la discussion des traitements qu'elle prend depuis des années. Est-ce que le bénéfice de lui changer ou pas... Ça c'est à discuter avec elle, voir ce qu'elle préfère. Les choses à mettre en place... Alors, oui les logiciels informatiques, on a des alertes sur les interactions médicamenteuses, que je ne regarde jamais... En général, si sur le Doliprane ou alors surtout les antihypertenseurs de l'ordonnance et ça qu'il y a des interactions et que ça va faire baisser la tension. Heureusement ! C'est ce qu'on veut ! [sourire] mais éventuellement, regarder là-dessus. Ça veut dire prescrire en DCI sur les logiciels, ne pas modifier des trucs sur les noms, enfin voilà... Mais après, il ne faut pas se reposer que là-dessus non plus...
- Hum, Hum...
- Alors, se souvenir... Faire des fiches dans son ordi. Mais ça, ça devient lourd après avoir des fiches sur tout. Mais, se former essayer de se rappeler... Ou alors, prescrire si on peut que du lamisyl et comme ça on est tranquille... [rire] de sulfamides hypoglycémiant, plus de fluconazole, comme ça on est tranquille. Non, je ne sais pas... On prescrit plus de médicaments, comme ça on est tranquille, ça guérira tout seul... « Mangez des yaourts » et voilà... On peut tenter, mais bon... [rire]
- Si tu n'aimes pas que tu t'en veuilles... [rire]
- C'est sûr. Ou alors « en attendant mangez les yaourts et puis si ça va pas mieux revenez la semaine prochaine » et hop, je refille à la personne que je remplace. Mais oui... C'est dur, c'est dur de tout savoir. Mais ça, c'est des gros trucs quand même. Pour le coup, maintenant, ça me revient. Ça fait partie des interactions à connaître... Voilà, rien de plus...
- Je passe suivant ?
- Oui
- [lecture de la dixième saynète « allergie médicamenteuse »]
- Alors, merci M. le pharmacien, comme à chaque fois. Ouais, là c'est très grave. Les allergies médicamenteuses, on est obligé de les noter dans le dossier. Ça, on est obligé de demander à tous les patients quand ils arrivent. Ouais, grave... Et d'autant plus grave que c'est facile de l'éviter, en plus. Je veux dire, il y a des choses graves qui vont arriver, et bien qu'on ne pouvait pas... Je ne sais pas moi, ça peut être un événement indési-

table : que le patient sorte du cabinet et se fasse renverser par une voiture. Et bien, ça on n'y peut rien. Donc c'est pas grave par rapport à nous parce que l'on n'y peut rien s'il se fait renverser. C'est sûr que s'il n'était pas venu à ce moment- là... Mais là, grave parce que c'était facilement évitable. Il suffisait de lui demander « vous est allergique à des médicaments ? ». C'est la phrase super simple que l'on peut caser n'importe où dans une consult quand il arrive, quand on va pour l'examiner, quand on a prescrit un antibiotique « je vous donne ça. Vous êtes allergique ? ». Et s'il dit « je ne sais pas, c'est quoi ? », « Vous êtes allergique à quelque chose » Enfin, c'est très facile de pousser là-dessus

- Hum, hum...

- Donc là-dessus il faut être systématique quand on prescrit les antibiotiques ou des antidouleurs. Même sur la codéine ou sur l'aspirine... Enfin, c'est pas forcément des allergies mais plutôt de ses effets indésirables, mais je demande aussi « est-ce que vous en avez déjà pris ? Est-ce que vous avez bien toléré ? ». Mais ça ouais, je pense que je demande assez facilement. Mais encore une fois, merci le pharmacien. Ça nous fait aimer les pharmaciens d'avoir ce genre de choses... Ça c'est utile...

- Comment tu gères vis-à-vis de la patiente ?

- Là pour le coup je lui dis « je suis vraiment désolée. J'ai pas du tout pensé à vous demander. C'est vrai que c'est un médicament qu'on prescrit tellement. C'est vraiment celui qu'on donne systématiquement, pratiquement, pour les angines. Qui est recommandé, même, pour les angines. J'ai pas du tout pensé, je suis vraiment désolée » et je lui dis « pensez à le dire, même si on vous ne me demande pas. Pensez à dire que vous êtes allergique même si vous venez pour autre chose que des antibiotiques. Pensez à le dire systématiquement pour n'importe quelle consultation. C'est entièrement de ma faute mais pensez à le dire. Donc notez-le », peut-être qu'elle ne s'en souvient plus. « Donc, voilà, vous êtes allergique à ça. Donc pensez à le dire à tous les gens que vous voyez du monde médical »

- Ça a des conséquences pour toi ?

- Ouais, là je me sens mal. Déjà, je me sens très con vis-à-vis du pharmacien. Toujours histoire de rejeter la faute sur les autres je dirais « ça n'est pas noté dans le dossier du médecin que je remplace ! ». Non, c'est entièrement de notre responsabilité de demander au patient systématiquement s'ils sont allergiques. Donc ouais, ça m'atteint et je me sens... Et je suis contente qu'elle ne l'ait pas pris. Et ouais... Mais, du coup, toutes ces petites erreurs que j'ai faites pendant cette journée de consultation, ça me permet aussi de me rappeler ce qu'il faut qu'on fasse. Je dirais qu'à un moment, c'est bien de faire des petites erreurs qui n'ont pas de conséquences, qui permettent de se rappeler qu'il faut faire attention. Donc, à celle-là elle n'a pas de conséquence. Il faut la prendre en se disant « du coup, qu'est-ce que je fais pour pas que ça revienne ? »

- Et qu'est-ce que tu fais ?

- Eh bien, je note systématiquement dans le dossier. Il faut se forcer à demander à tout le monde s'ils sont allergiques et de médicaments. Il n'y a pas grand- chose d'autre à faire. Mais il faut le demander, ça c'est des trucs systématiques... Même les patients que l'on connaît depuis longtemps, il faut remettre à jour ; même les nouveaux patients... Toujours demander...

- Tu en parles à quelqu'un ?

- Non, là j'en parle pas. J'en parle pas parce que c'est un truc qui doit être systématique, vraiment sous corticale. Donc il n'y a pas à réfléchir. C'est un truc à faire, et puis c'est tout. C'est un truc à faire, il faut garder en mémoire qu'on a failli faire avaler du Clamoxyl à une patiente allergique à l'amoxicilline. Mais je n'en parle pas spécialement.

- D'accord. Tu as d'autres choses à rajouter ?

- Non, non, c'est bon...

- [lecture de la onzième saynète « consultation par téléphone »]

- Alors, là, c'est l'erreur du médecin. Pas de ne pas avoir pris l'enfant, parce qu'on n'est pas là pour assurer toutes les urgences de la planète, mais de ne pas avoir bien interrogé... En tout cas, de ne pas avoir bien interrogé, ça se discute, donc voilà... Mais de ne pas avoir bien informé la mère de ce qu'il fallait faire : de donner des mesures, de dire « il faut donner le soluté de réhydratation », de l'interroger « quel est vraiment son état ? Combien de diarrhées ? Est-ce qu'il a mangé ? Est-ce qu'il a réussi à manger ? ». Et de dire à la mère « en cas de doute, aller aux urgences. Si vous ne le sentez pas aller aux urgences ». Après, est-ce qu'on lui dit... Si on lui dit « donnez lui du soluté de réhydratation » et qu'elle nous dit « ah, mais je n'ai pas d'ordonnance »... Je ne sais pas si ça se vend sans ordonnance... Je pense que oui quand même... Mais qu'elle ne veut pas le payer six, parce qu'ils ne veulent pas payer... Est-ce que l'on fait une ordonnance pour qu'elle passe la prendre comme ça, peut-être... Soluté de réhydratation... Mais en tout cas, lui dire que si elle ne le sent pas il faut qu'elle aille aux urgences.

- Hum, hum...

- Et de mieux l'interroger sur le fait qu'il a pris que de l'eau pure, et qu'il ne fallait pas. Et vraiment, si on ne peut pas prendre les gens, surtout les enfants, il faut leur dire d'aller aux urgences... parce que ça nous protège. Alors, ce qui est génial dans notre métier, maintenant, c'est que l'on se protège d'abord soi-même avant de protéger les patients. L'important, c'est que nous, il ne nous arrive rien. Après, le gamin, il peut crever, on s'en fout du moment qu'on lui a dit d'aller aux urgences. Bon, c'est un peu... C'est ça le souci aussi. Mais, ouais, il faut systématiquement dire aux gens, si on ne peut pas les recevoir, d'aller aux urgences. Pour se protéger... Pas forcément pour qu'ils y aillent, mais pour se protéger. Mais lui, c'est le problème de la mauvaise information, et du mauvais interrogatoire. Mais surtout, la mauvaise information parce que à 18h30, 1 heure de retard... Ou alors, il ne faut pas prendre l'appel.

- Hum, hum...

- Ce qu'il faut faire, c'est que quand on sait qu'on est trop pressé, et que voilà, et qu'on appelle pour un gamin, à ce moment-là ne pas prendre l'appel. Et dire à la secrétaire, si on a une secrétaire, que ce n'est pas possible et que si c'est une gastro chez un enfant, il faut qu'il aille aux urgences. Même s'il va très bien, le rôle de la secrétaire c'est de dire « Ah! C'est une gastro chez un enfant. Il faut aller aux urgences. On ne peut pas le recevoir, il faut qu'il aille aux urgences ». Peut-être ça aussi... De ne pas prendre la responsabilité quand on ne peut pas la prendre.

- Hum, hum...

- Voilà. On ne peut pas s'engager si on ne peut pas aller jusqu'au bout. Peut-être dans ce cas-là, ne pas prendre l'appel et dire « aller aux urgences tout de suite ! Là, ce n'est pas possible, il n'y a pas de place. Donc c'est les urgences ». Juste pour vérifier aussi...

- Ça te paraît grave ? Pas grave ? Moyen grave ?

- Ouais, ça me paraît grave parce que ça touche un enfant. Donc, toujours, un enfant c'est compliqué... La gastro, en plus, c'est tellement con comme maladie. Enfin, c'est tellement con que ça se termine à mal, juste pour ça. Alors que c'est tellement simple que ça se passe très bien... Donc, là, oui c'est grave. Alors... Ce qui est grave là-dessus, je pense que c'est la mauvaise information du médecin. Vraiment... Pas tant l'interrogatoire, mais la mauvaise information. De ne pas lui avoir dit de donner du soluté de réhydratation, et de ne pas avoir dit « au moindre doute, aller aux urgences »

- Hum, hum...

- Même si c'est rien... Enfin, il faut leur dire « même si c'est rien, même si vous allez attendre 5 heures, et que c'est chiant. Et bien, au moins, vous êtes sûre qu'il n'y a rien. Donc, aller aux urgences plutôt que d'attendre ». Hum, je pense que c'est là-dessus que c'est grave...

- Ça a une répercussion pour toi ?

- Euh, oui, parce que c'est un enfant et parce que c'était totalement évitable, aussi. Et très facilement évitable. Il suffisait s'il arrivait à boire, ben, de lui donner de l'Adiaril. Et que si rien n'était possible, aller aux urgences. C'était très simple. Il suffisait de lui dire « achetez de l'Adiaril. Et si vous ne le sentez pas, aller aux urgences ». Et ça prenait deux secondes, on pouvait retourner bosser. Donc, ouais, là- dessus... Je pense que ça m'impacte... Et alors, sur la mère, quand elle arrive là... Bah, ne pas avouer son erreur. Pareil, de dire « ah oui, il ne va pas bien du tout ». Et puis, de faire ce qu'il y a à faire : à savoir, évaluer l'état, le peser... Les 10 %, pas les 10 %... Et envoyer ou pas aux urgences. Alors, là, l'état exact... Éventuellement, appeler un SAMU pour hydrater plus vite... Ouais...

- Hum, hum...

- Voilà...

- *Tu as des choses à mettre en place pour éviter ce genre de choses ? Ce genre de situation ?*
- Alors, expliquer ce qu'il faut faire en cas de gastro pour la prochaine. Parce qu'il y en aura d'autres... Expliquer, de façon écrite... Alors, se faire un petit plan ou « conduite à tenir en cas de gastro », voilà... Expliquer, réhydrater avec l'Adiaril, peser, vérifier, et aller consulter si ça ne va pas, s'il a beaucoup de fièvre, si ça dure plus de trois jours. Informer, éduquer... Éduquer les patients, les parents... Donner une ordonnance au cas où... Et voilà.
- *Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non.
- *[lecture de la douzième saynète « le confrère »]... Qu'est-ce que tu en penses ?*
- C'est compliqué... C'est compliqué par ce que autant, quand on a prescrit le bilan thyroïdien pour une jeune fille qui était en poussée aiguë et que... Là, c'est facile de se souvenir... Ça... De se dire « on va rappeler les patients », ça c'est compliqué... C'est compliqué, et en même temps... C'est le problème des gens qui n'ont pas compris ce qu'on leur a dit... que le patient n'a pas compris l'importance d'une prise en charge rapide, parce qu'on sait ce que c'est, c'est un cancer. Soit, c'est le patient qui est dans le déni, et ça c'est un autre problème. Ça on ne peut pas faire grand-chose contre ça. Si on part dans l'hypothèse que ce n'est pas un déni et qu'il n'a pas compris, pourquoi le pneumologue ne l'a pas adressé, lui directement, à un gastro... Parce que, voilà, on ne peut pas tout faire... Enfin, il fallait que le pneumologue l'adresse un gastro. Moi, j'ai toujours vu les spécialistes... Ils savent très bien adresser aux autres spécialistes quand il faut. Sans forcément renvoyer vers... Surtout s'ils sont à l'hôpital. Donc, là aussi, ça rajoute à notre faible charge de travail de noter le nom de ce patient. Et de se dire « je lui donne une semaine sinon je le rappelle ». Mais, ouais, peut-être faire ça... C'est sûr même, mais c'est compliqué... Mais il faut... Dans un monde parfait, on le rappelle... Mais il faut, il faut... Il faut le rappeler ! Mais comment faire... Peut-être quand on reçoit le compte rendu... Parce qu'on reçoit un compte rendu du pneumologue ?
- *Tout à fait...*
- Bah, rappeler le patient, peut-être... Il faut rappeler le patient à ce moment-là. Mais c'est dur, aussi, parce que c'est vachement intrusif... Parce qu'il aura peut-être déjà pris rendez-vous. Donc être attentif et voir si on le voit dans les noms, dans les rendez-vous déjà pris, et le rappeler. C'est ce qu'il faut faire. Mais, c'est lourd, parce qu'il faut tous les rappeler, à ce moment-là... Dans ce cas-là, il faut aussi rappeler le diabétique qui n'est pas revenu chercher son traitement depuis trois mois. Ils sont tous comme ça, ils reviennent tous six mois après. Et voilà quoi... Mais lui, il fallait le rappeler... Après, c'est la question de la responsabilité du médecin généraliste. Est-ce qu'il est responsable de devoir appeler tous les patients tout le temps ? Là, si on imagine, six mois après qu'il revient et qu'il nous dit... Enfin, si le patient nous demande qui est responsable de ça, est-ce que c'est le médecin généraliste ? Parce qu'il n'a pas rappelé son patient. Mais en même temps, le patient n'est pas revenu le voir. Ou est-ce que c'est le pneumologue qui n'a pas adressé au gastro ? Moi, j'envie de dire que c'est le pneumologue... [sourire]... Parce qu'il peut le faire aussi, c'est un grand garçon. Et puis, ils se connaissent, aussi. Il en connaît des gastro, forcément. Donc, il pouvait très bien rappeler... Et c'est lui aussi, sa responsabilité... Autant, quand j'ai la petite jeune fille qui est comme ça, je prends mon téléphone et j'appelle l'endoc et je lui demande « est-ce que vous la voyez ? Ou est-ce que vous me donnez un traitement à prescrire ? »... Ça m'est déjà arrivé, j'ai déjà appelé comme ça un endoc qui m'avait dit « ben, tu fais ça pour la dame. Et je la vois la semaine prochaine avec les résultats ». Eh bien, lui, il pouvait prendre son téléphone et appeler son pote gastro et dire « vas-y, je t'envoie un patient pour la semaine prochaine ». Enfin, voilà, ils peuvent le faire aussi... Donc, pour une fois que ce n'est pas tout à fait notre faute [sourire]... Que c'est de la faute des spécialistes... On n'en profite... Voilà.
- *Ça te paraît grave ? Pas grave ?*
- Ouais, ça me paraît grave parce que c'est une perte de chance. Là, c'est bon, c'est réglé... C'est bon, là, ça va être du soin palliatif... Alors, est-ce que ça aurait changé l'évolution ? Ben, oui, on ne serait pas arrivé à ce stade-là. On lui aurait enlevé une lésion plus petite. Il n'aurait pas eu de métastase. Ça aurait été un petit peu mieux sur le plan fonctionnel, et sur sa survie peut-être... On espère... Mais là, c'est grosse perte de chance... Franchement évitable... Mais là, c'est pas normal, il fallait que le pneumologue l'adresse... Alors, après il fallait que le médecin généraliste dise au pneumologue « non, non tu l'adresses un gastro »
- *Hum...*
- Il aurait pu faire ça, aussi... De dire « adresser le directement à un gastro ». Donc voilà... Ou alors, au moment où il a eu le pneumologue au téléphone, prendre le rendez-vous tout de suite pour le patient. Lui dire « dit au patient que je le vois tel jour à telle heure ». Ça aussi, on peut imaginer... Perte de chance...
- *Ça a une conséquence pour toi ?*
- Ouais, parce que quand je vois le patient, je lui dis que je suis complètement responsable de ne pas l'avoir revu et qu'on ne peut pas laisser passer ce genre de... Surtout, je veux dire, on savait clairement... Pour le coup, on le voyait arriver gros comme une maison. Il n'y avait pas besoin d'histologie pour faire de diagnostic. En espérant que ça ne soit pas ça, mais on le sait... Le patient, il faut qu'il reste dans le système. Il ne peut pas s'en aller comme ça. Donc il faut mettre en place des rendez-vous... Soit le pneumologue, soit le généraliste, mais il faut que derrière il y ait un rendez-vous, un suivi avec les résultats. Ouais... En dehors de l'hypothèse du déni. Ça c'est encore autre chose...
- *Comment tu gères vis-à-vis du patient ?*
- Alors là, je ne sais même pas ! Aucune idée ! Ça ne m'est jamais arrivé ! Je n'ai jamais eu de diagnostic de cancer à faire. J'en ai vu en stage. Mais les annonces de diagnostic, ça, je ne l'ai jamais fait. Je n'en ai aucune idée ! Non, ça c'est juste pas possible ! C'est juste pas possible de voir le patient et qu'on regarde « ah oui ! J'ai reçu, il y a six mois, un résultat d'histologie qui montre que vous avez... Un carcinome machin, infiltrant... atteinte musculaire... ». Ce n'est pas possible. En plus, quand je remplace et que je reçois ce type de résultat, je regarde dans le dossier si c'est connu. Et ce patient il faut l'appeler. On est obligé de l'appeler. Comme moi, je suis remplaçante, du coup que ce n'est pas mon patient, je leur dis de revenir voir ma collègue. Comme ça, c'est elle qui se démerde avec l'annonce du diagnostic. Mais on est obligé de rappeler les patients [tape du plat de la main sur la table]. On ne peut pas faire autrement. Il faut lire les courriers qu'on reçoit. Moi, je fais des remplacements ponctuels, donc je ne me rends pas compte de la difficulté du truc. C'est ça aussi pour ça que le libéral c'est compliqué, parce que gérer tout ça, ça doit être juste trop difficile. Ça doit vraiment être difficile de gérer tout ça... Je ne sais pas comment on peut faire ça sur 30 ans sans en oublier... Il faut être systématique, mais c'est facile à dire... Il faut être systématique, avoir tout le temps une organisation comme ça. Ouais... Toujours faire la même chose : à la même heure c'est le temps de la lecture du courrier, sa liste avec tous les patients à rappeler avec la petite case à cocher. Quand on voit des patients, c'est relever le numéro de téléphone, pour vérifier qu'il est à jour. Voilà...
- *Tu m'as déjà raconté un certain nombre d'événements indésirables. Est-ce que tu en as d'autres dont tu as été témoin ou actrice, pas forcément cabinet, ça peut être aussi à l'hôpital. Quelque chose qui t'a vraiment marqué...*
- Alors, que je réfléchisse... Ouais, alors, ça m'est arrivé quand j'étais aide-soignante à l'hôpital. Il y avait une dame qui venait, 50-60 ans... qui venait pour je ne sais plus quoi. Et on devait la descendre pour un examen. Et elle était toute maigre. Et elle s'est levée. Et elle a fait un malaise, elle est tombée en arrière toute droite. Elle s'est cognée la tête. Moi, je n'ai pas réagi, à aucun moment, c'est l'aide-soignante super chevronnée qui l'a soulevée. Qu'est-ce que j'ai fait d'autre comme effet indésirable... Qu'est-ce que j'ai fait d'autre comme boulette ? J'en ai fait... Pareil, une fois, j'avais injecté une IDR à un monsieur. Et je crois que je l'avais mal injecté. C'étaient les premières fois, et je l'avais mal faite. Et en fait, je l'avais fait pour la lecture un jour où c'était la remplaçante de mon Prat, j'étais en stage chez le Prat. Et en fait, la remplaçante avait laissé un mot en disant « l'IDR est super mal faite. Le patient à une lésion horrible, je ne sais pas quoi. Pourquoi fait comme ça ? » Et en fait, mon Prat, comme il en avait marre de sa remplaçante et que moi, il m'aimait bien, il m'a dit « pff, elle dit n'importe quoi ». Je n'ai pas revu le patient. Une fois, aussi, on a frôlé la catastrophe. Il y avait une table d'examen qui était fait aussi pour la gynéco. Donc les pieds vont dans les deux premiers tiers du haut, et le tiers du bas où il y a les jambes de patients il n'y a rien en bas puisqu'on peut le basculer pour mettre ces dames en gynéco. Ce jour-là j'ai eu un grand, un grand mec immense. Et au lieu de monter par le petit marchepied qui est au niveau du milieu de la table, lui il est monté par

la partie pied de la table. Et là, la table a basculé en avant. J'ai mis ma main sur la table et j'ai dit « olà, olà, attention ! ». Lui il était grand, il était jeune, il n'a rien risqué. C'était très impressionnant. Et je me suis dit « si c'était la petite vieille qui avait fait ça... ». Et les erreurs de prescription, j'en ai fait... Globalement c'est ça... Je n'ai pas beaucoup de choses à rajouter...

- *Alors, est-ce que cette discussion a fait modifier ta vision des événements indésirables ou pas ?*

- Non, pas forcément...

- *Tu les avais déjà rencontrés pour la plupart ?*

- Ouais, ou similaire...

- *Est-ce que dans tes études, t'en avais déjà entendu parler des événements indésirables, ou pas ?*

- Oui...

- *Quand ça ?*

- Iatrogénie médicamenteuse... Événements indésirables... Je pense que j'avais déjà lu ça en cours à la fac. Pas trop sur la gestion cabinet, mais plus sur la relation médecin malade. Sur des cours d'éducation thérapeutique aussi. Mais pas forcément directement événements indésirables... Et sur le secret médical aussi...

- *Tu trouves que t'as été bien formée pour gérer ça, ou pas ?*

- On a été bien formé à tout ce qui est prescription médicamenteuse. Après, on n'a pas du tout été formés à la gestion du cabinet. Concrètement, au cabinet, la gestion de la fatigue, non, on n'a pas été formé. De l'oubli de courrier, non...

- *Ça t'as manqué ou pas ?*

- Non, je ne pense pas que cela me manquait parce que c'est quelque chose qu'on apprend sur le tas. Qui vient avec l'expérience de toute façon. Mais, cela dit, ça serait bien qu'on ait des cours là-dessus... Enfin, pas forcément des cours mais plutôt des choses comme des groupes d'échange de pratiques... ça serait bien qu'il y ait une séance là-dessus « racontez-nous les boulettes que vous avez faites ». Ça peut être utile, ça peut donner des petites idées avant. Mais c'est sûr que ça on apprend avec l'expérience. Malheureusement, mais c'est comme tout... Le premier patient à qui on va faire la première injection IM, ça risque de mal se passer pour lui. C'est aussi comme ça qu'on apprend... Voilà...

- *Est-ce que tu as des remarques ? Des réflexions ?*

- Non

- *Merci*

Entretien 11 (1h25)

- Je suis Émilie. Je suis à Paris V. J'ai fini mon internat il y a deux ans et demi. Je suis remplaçante en médecine générale. Alors présente-toi...
- Je suis A. Je suis en TCEM3. Je suis en cinquième semestre parce que j'ai pris une disponibilité. Et je suis en stage en SASPASS. Je suis à la fac de U.
- D'accord. Tu as fait quoi comme autre stage ?
- J'ai fait de la médecine interne ; puis de la pédiatrie ; puis les urgences-SAMU ; puis en stage ambulatoire de niveau 1 ; puis six mois de disponibilité où j'ai fait plein de choses dont des remplacements. Et là, j'attaque mon SASPASS dans un centre municipal de santé.
- D'accord. C'est quoi ton projet professionnel ?
- J'aimerais bien bosser dans un centre de santé. Idéalement, voire même en monter un, pour bosser avec des gens avec qui je m'entends bien et en accord avec mes idées philosophico-politiques.
- D'accord. Je t'interroge pour ma thèse dont le thème est « les événements indésirables en médecine générale vu par les internes ». Ce sont des entretiens semi directifs. Ça veut dire que je vais te présenter un certain nombre de choses et tu me diras ce que tu en penses. Il n'y a pas de jugement. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. C'est anonyme. Donc, je vais changer ta fac, je vais laisser que la première lettre de ton prénom, pour éviter que l'on reconnaisse. C'est enregistré comme tu as pu le remarquer. On est à ton domicile, le 27 mai. Alors, déjà pour toi, qu'est-ce que c'est qu'un événement indésirable ?
- C'est quelque chose qui se produit et que l'on attend pas. Dans le soin, ça peut être quelque chose de l'iatrogène, mais pas forcément. Je pense que c'est plus large. Ça peut être un événement indésirable comme une relation qui se déroule mal, une collaboration avec des collègues qui se déroule mal, un vécu professionnel qui se déroule mal, une prise en charge qui ne se passe pas comme on aurait voulu. Voilà
- Est-ce que tu peux me donner un exemple de vécu professionnel qui se déroule mal ?
- Là, en ce moment dans mon stage, je suis forcé de faire mes consultations en 15 minutes. Et ça ne me plaît pas du tout parce que la médecine que j'aimerais exercer est plus sur la relation avec le médecin... Heu, le patient. Et cette relation se crée en plus de 15 minutes. Et donc pour moi, c'est un événement, un truc indésirable qui se passe. Dans ma formation par exemple...
- Hum, hum... Et tu peux me donner un exemple de prise en charge qui ne se passe pas bien ?
- Ouais. Ce midi, j'ai vu un patient psychotique, qui est diabétique, SDF. Que j'avais déjà vu deux fois. Qui avait raté le troisième rendez-vous que je lui avais donné. J'avais réussi à me débrouiller pour qu'il soit accompagné à ce rendez-vous. Je le trouvais confus. Et donc je lui ai demandé s'il connaissait la date d'aujourd'hui, et s'il savait où on était. Il était confus, mais pas trop. Il s'est vexé et il est parti en claquant la porte.
- D'accord
- J'ai raté ce que je voulais faire.
- Et du coup, tu as vécu comment ?
- Comme un échec... Parce que ça n'était pas l'objectif de ma prise en charge... Comme un apprentissage aussi... Comme aussi un aléa, quelque chose qui n'est pas forcément prévisible et qui n'est pas forcément de ma faute à moi. Et pour le coup, là, ça m'a mis mal parce qu'il s'était déplacé avec son auxiliaire de vie. J'ai juste eu l'air con. J'ai merdé la prise en charge, quoi.
- D'accord. Est-ce que tu pourrais me donner une définition de l'erreur médicale ? Pour toi...
- C'est quand on prend une mauvaise décision, soit qui n'est pas en accord avec les données de la science, soit qui n'est pas en accord avec le psychosocial. Pour moi, c'est ça l'erreur médicale.
- Je vais te donner trois définitions de l'événement indésirable et tu me diras ce que tu en penses. Alors, la définition du ministère de la santé « les événements indésirables sont l'ensemble des événements non désirés liés aux soins »
- Ouais, ça correspond assez à ce que j'ai dit tout à l'heure. Donc, ça me semble être une bonne définition.
- D'accord. Celle de l'OMS « un événement indésirable c'est un incident qui entraîne une atteinte pour le patient ; atteinte découlant de ou associée à des projets formulés ou des mesures prises pendant que les soins ont été dispensés, et qui ne résulte pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacente »
- incident, c'est quand même beaucoup plus restrictif que la première. Je pense qu'elle est moins bien que la première. Parce que cela réduit le soin. Parce que cela réduit le champ du soin. Et le soin, c'est plus large que des projets, ou de choses... Que les choses que tu as dites. C'est beaucoup plus large comme définition.
- D'accord. Et la troisième c'est la définition d'une étude qui a été réalisée l'année dernière en ville, sur les événements indésirables. « Un événement indésirable, c'est un événement ou une circonstance associée aux soins qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné une atteinte pour le patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau. »
- C'est encore plus restrictif. « Atteinte pour le patient » c'est... Remarque, ça ne précise pas si c'est psychique ou pas... « Atteinte pour le patient, ça sous-entend presque une agression. Ça correspond moins à ma vision du soin à moi qui est plus large.
- D'accord. Alors, je vais te lire des saynètes. Pour chaque saynète... alors, je te redirai les questions au fur et à mesure mais c'est pour que tu aies une idée... Est-ce que tu penses qu'il y a un événement indésirable dedans ou pas ; si ça te paraît grave, pas grave, moyen grave ; est-ce que ça te paraît évitable ; comment tu gères vis-à-vis des protagonistes qu'il y a dans les petites histoires ; et si il y a un événement indésirable, est-ce que tu vois des mesures pour éviter cet événement indésirables, enfin pour éviter qu'ils se reproduisent.
- D'accord
- [lecture de la première saynète « répondre au téléphone devant un patient »]... Qu'est-ce que tu en penses ?
- Oui, c'est un événement indésirable... Il faut que je te réponde par rapport aux questions que tu m'as citées tout à l'heure ?
- Tu me dis ce que tu en penses. Si tu as d'autres choses à rajouter pas problème.
- Alors, là je suis en position d'être généraliste dans cette saynète, ou d'être interne ?
- Plutôt le généraliste...
- D'accord. Oui, c'est une situation concrète qui se passe tous les jours en cabinet de médecine générale. Voir plusieurs fois par jour... Qui est très fréquente, récurrente.
- Ça te paraît grave, pas grave, moyen grave ?
- Ça me paraît plutôt moyen grave...
- Pourquoi ?
- C'est grave parce que ça peut avoir des conséquences pour Mme A. C'est une marque de non qualité... C'est une forme de rupture de la confiance que peut avoir le patient qui est en face s'il sait qu'on peut débiter des antécédents comme ça devant quelqu'un qui est susceptible de le reconnaître. Ça rompt la confiance qu'il y avait entre le médecin généraliste et le patient. Là, c'est même pas Mme A, c'est le patient qui est en face. Donc c'est un événement indésirable grave. Et le deuxième truc pour lequel c'est grave, c'est que éthiquement parlant, c'est pas terrible d'avoir fait ça.
- Hum, hum...
- Même si on le fait tous, tous les jours
- Ça te paraît évitable ? Ou pas ?
- Évitable, oui. Il aurait fallu rappeler l'urgentiste dans 20 minutes une fois que la consultation était terminée. Oui, c'est évitable. Maintenant, c'est difficile d'envoyer péter quelqu'un au téléphone. C'est compliqué de rejoindre l'urgentiste parce que probablement il sera en train d'examiner Mme B dans le box d'à côté. Oui, c'est évitable... Facilement évitable... Non pas forcément.
- Hum, hum...

- Donc, c'est évitable mais pas facilement évitable
- *Comment tu gères ?*
- Si j'étais à la place du médecin ?
- *Hum...*
- Moi, je fais souvent pareil que lui. C'est-à-dire que j'essaie de ne pas dire le nom de la patiente, et que lorsqu'on me demande des antécédents, j'y réponds. Moi c'est ma pratique. C'est pas la pratique idéale qu'il faudrait avoir... Tant pis [sourire]... C'est comme ça...
- *Alors, imaginons que tu donnes quand même le nom, comment est-ce que tu gères vis-à-vis de Mme A et du patient qui est devant toi ? Comment tu gères la situation ?*
- Souvent, quand il y a des petits soucis comme ça, j'ai tendance à jouer cartes sur table.
- *C'est-à-dire ?*
- Dire que normalement on ne dit pas le nom, que là je l'ai dit et que je suis désolé. Mais je lui demande que cela reste entre nous par respect pour Mme A. En jouant cartes sur table que ce n'est pas comme il faudrait faire, mais que c'est arrivé et voilà.
- *Hum, hum... Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non
- **[lecture de la deuxième saynète « chute au cabinet »]**... *Qu'est-ce que tu en penses ?*
- Ah, c'est encore fréquent ça ! Je pense que ça doit arriver très régulièrement. Moi, je n'ai jamais vécu ça. Plusieurs fois, j'ai eu des vieux qui ont failli se péter la gueule en descendant de la table d'examen... Même des jeunes. Il y a aussi quelque chose de légal derrière. Notre responsabilité est engagée là-dedans... dans le précédent aussi... mais là, bien plus. C'est fréquent quand même.
- *Du coup, ça te paraît grave, moyen grave, pas grave ?*
- Grave aussi. C'est grave aussi, ouais... Pour le coup, si elle s'est vraiment pétié quelque chose... Fracture du col du fémur, espérance de vie à un an... Si elle était moyennement autonome, on peut peut-être lui avoir retiré dix ans d'un coup [sourire]... c'est pas mal pour une consultation, je trouve !
- *Ça te paraît évitable ?*
- Dans le monde parfait, oui. Il faudrait toujours rester à côté de sa patiente, prendre le risque de rater un coup de téléphone, l'accompagner si elle veut descendre... Oui, c'est évitable, c'est évitable. Ensuite, facilement évitable... [rire]... Il y a sûrement des mesures simples pour éviter la chute de patients.
- *Tu as des exemples ?*
- Genre l'escabeau pour monter sur la table d'examen toujours positionné, éventuellement, avoir une barre à côté de l'escabeau... Des choses comme ça. Et puis, l'évitable, c'est surtout de rester à côté de la patiente. Limite de lui demander de ne pas bouger le temps que je revienne... Ça, ça peut se faire aussi.
- *Tu gères comment vis-à-vis la patiente ?*
- Si ça s'est passé ?
- *Hum*
- Déjà, je fais les premiers soins... Au mieux. Ensuite, je pense que tu n'as pas le choix, tu es obligé d'assumer. Je pense que déjà tu peux la rassurer sur les soins, sur le suivi comme si c'était une patiente ordinaire. Et ensuite, comme c'est nous le responsable de ça, je ne sais pas si on peut faire un certificat médical initial qui irait à notre rencontre. Je pense que lorsqu'il y a une torche comme ça, il n'y a pas le choix, il faut assumer. Et je pense même que cela fait partie des risques du boulot. Et que un patient se casse le col du fémur ou quoi, ça fait partie des risques du métier.
- *Hum, hum*
- Et j'assume !
- *Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non
- **[lecture de la troisième saynète « erreur de clic »]**... *Qu'est-ce que tu en penses ?*
- Ça m'arrive tous les jours ! Le pharmacien m'appelle parce qu'il n'arrive pas à me lire. Ça m'arrive fréquemment de me planter entre les médicaments, entre les posologies, et de rattraper ça à la dernière minute. Tu vas penser que je suis une vraie torche ensuite...
- *Non, il n'y a pas de jugement. C'est des cas assez fréquents, c'est pour ça que je les ai utilisés...*
- Ensuite, quand je prescris quelque chose d'important, je relis l'ordonnance quatre fois avant. Mais même, ça peut arriver de se planter.
- *Ça te paraît grave ? Pas grave ? Moyen grave ?*
- C'est moyen grave... Enfin, c'est pas très grave je pense. C'est moyen grave.
- *Tu vois des moyens pour éviter ça ?*
- Oui, il y a des alarmes, dans les logiciels de prescription qui peuvent détecter que ce n'est pas une prescription habituelle chez un homme. Il y a la rigueur et la ritualisation. Je sais que j'ai fait une erreur comme ça, je voulais prescrire du paracétamol codéine et du paracétamol sur une même ordonnance, ce qui ne se fait pas. Et donc maintenant, je fais la prescription en DCI, ce qui aide quand même... Largement... Le fait de ritualiser la consultation : avant d'imprimer, je relis l'ordonnance pour ne pas avoir à la réimprimer, dans un souci d'économie de papier et pas du tout pour le patient ; et une fois que je la donne, je la commente ; quand je la signe je mets un coup d'œil dessus ; ensuite je la commente avec le patient, en discutant de quand est-ce qu'il prend les médicaments, à quel moment, en commentant les séquences, etc. Donc, ça fait que sur une consultation, j'ai relu trois fois... Quoi, rédigé et relu trois fois l'ordonnance... Essentiellement parce que c'est une trace qui reste de moi après. Ensuite, même en faisant ça, quand on est fatigué, quand il y a un truc qui passe... Ensuite, il est aussi la relecture du pharmacien, la bonne entente, la pluri professionnalité, le travail en pôle... Des trucs comme ça, les trucs à la mode... Qui sont quand même de bonnes sécurités. Le fait de bien s'entendre avec quelqu'un, le fait que le pharmacien ait son numéro de téléphone voir un numéro de portable, le fait d'avoir un lien de confiance avec lui et de ne pas l'envoyer péter quand il appelle. Aussi, le lien de confiance avec le patient : si jamais lui aussi détecte quelque chose qui lui semble louche en lisant l'ordonnance... S'il a mal dans les cinq jours après [rire]... Voilà
- *[rire]*
- Le fait de le revoir, de planifier le suivi « si cela ne s'améliore pas, revenez me voir »... [sourire]... C'est aussi un bon filet, la planification du suivi.
- *Hum, hum...*
- « Si vous avez toujours mal, vous revenez », avec ses progestatifs il va revenir.
- *D'accord. Là, tu m'as donné les moyens d'éviter ça, mais comment tu gères vis-à-vis du patient ?*
- Ça dépend, si le pharmacien est sympa, je lui dicte que c'était un anti-inflammatoire que je voulais. Sinon, je demande au patient de repasser et je lui refile une ordonnance. Et j'explique au patient, pareil. Il y a plein de fois où les gens pourraient porter plainte contre nous quand on fait des conneries comme ça... Là, je pense que c'est une petite connerie... Sur une bonne relation, et si on explique qu'on s'est planté... je pense que les patients comprennent quand même qu'on n'est pas des héros... Surtout quand on ne fait pas semblant d'essayer de tout régler. Ça rend les choses... Je pense qu'on est relativement en sécurité vis-à-vis de la plainte quand on ne se fout pas de la gueule des gens. Quand on montre que l'on met les moyens, qu'on est un professionnel et qu'on communique le fait que l'on est un professionnel, quand on s'en fout pas de la consultation, quand on s'en fout pas de la vie du patient, je pense que c'est quand même une grosse, grosse sécurité contre le risque médico-légal de se retrouver avec son patient tribunal.
- *Hum...*

- Ensuite, il y a aussi une part d'aléas... Les urgentistes soi-disant ont une plainte tous les ans ou tous les deux ans, c'est peut-être du haut débit qu'ils ont et à la relation qu'ils n'ont pas eu le temps de nouer avec le patient... Plutôt que sur des erreurs véritables qu'ils font.
- *Ça a un impact sur toi ?*
- De quoi, les histoires que tu m'as racontées ?
- Ouais
- Ah, oui, oui, carrément ! Ça, ça me traumatise pendant trois jours. Et pendant trois jours, au lieu de relire trois fois, je vais les relire six fois. Pareil, la chute, si jamais ça m'arrivait un jour, je ne sais pas... Je serais capable d'examiner les gens au sol... [sourire]... Non, peut-être pas. Mais c'est traumatisant, c'est traumatisant sur du long terme. C'est un échec quasiment personnel. C'est pas la partie la plus agréable du travail.
- *Quand tu dis « un échec quasi personnel », ça veut dire quoi ?*
- Ça veut dire que ça remet en cause ma capacité à soigner correctement... Alors, quand on a fait 10 années d'études pour apprendre le métier, c'est désagréable de se retrouver confrontés à notre propre faiblesse, propres limites. Et le fait d'avoir des événements indésirables, ça nous rappelle que comme tout le monde on est susceptible de pouvoir faire des erreurs... Qu'on est susceptible d'être responsable de certaines choses. Et malgré notre volonté inverse... C'est aussi très problématique, parce que l'on se bat pour quelque chose, et parfois ça ne fonctionne pas. Et parfois même il y a l'effet inverse... Et ça, c'est très problématique... C'est dur à vivre...
- *Et du coup, tu en parlerais autour de toi ? Tu le gardes pour toi ? Comment tu gèrerais le fait que c'est un impact aussi fort sur toi ?*
- Moi, j'en parle... Mes bêtises, j'ai tendance à les assumer. En fait, plus je les assume, moins c'est dur à vivre pour moi. Donc, résultats, quand je fais une erreur, soit j'en plaisante avec les collègues... Là, dans ce centre de santé, quand le mec est parti en claquant la porte, celui dont je t'ai raconté l'histoire, et bien en mangeant avec les infirmières, je leur ai raconté cette histoire. Et au lieu que ce soit un échec personnel, elles aussi ça leur arrive parfois. Il y avait une collègue remplaçante à qui c'est déjà aussi arrivé. Et donc, ça dédramatise le fait d'être en groupe de pairs entre guillemets.
- *Hum, hum...*
- Moi, j'écris aussi. Là, comme je suis interne j'écris. Soit j'en fais des traces soit, quand il y a un truc qui me perturbe, ça me permet de le mettre par écrit. Donc, de mieux le penser, de réfléchir quand je fais une trace sur vraiment ce que j'aurais pu faire pour que ça l'évite, comment j'aurais pu sentir que le patient allait mal réagir, quels signaux je n'ai pas su décrypter, comment j'aurais dû me comporter... Pour essayer de changer. Ou alors, ça me permet de revoir si j'étais bien dans les clous de ce que l'on doit faire au niveau biomédical... Souvent, ça m'arrivait en discuter avec mes maîtres de stages, les maîtres de stages ambulatoires... Entre collègues aussi, entre potes, entre copains... Voire même avec ma nana. J'ai certaines ex qui n'ont pas supporté ça d'ailleurs...
- *Hum, hum...*
- Le problème, c'est que quand tu fais ça avec des gens qui ne sont pas en médecine, tu as vite tendance à passer pour un mauvais... Quoi, j'ai peur de passer pour un mauvais en en parlant.
- *Hum, hum...*
- Parce que toi, tu comprends bien qu'un patient qui sort fâché d'une consultation en claquant la porte, ça peut arriver. C'est vite fait, tu ne comprends pas quelque chose, et ça arrive. Surtout quand tu as 10, 20 consultations dans la journée... Quelqu'un qui n'est pas en médecine, surtout si tu ne lui racontes que ça de ta pratique professionnelle, peut croire que tous tes patients sortent en claquant la porte, et ça la fout mal. C'est un vrai problème...
- *Et c'était déjà arrivé d'avoir des ruptures à cause de ça ?*
- Avec une ex, entre autres, ouais. J'étais au début de l'internat. Ça me préoccupait vachement. La médecine interne était à orientation cancéro-soin palliatif, j'accompagnais les patients vers la mort, l'horreur. J'avais 5, 7 voire 8 gardes par mois. Et c'était assez obsédant. Et donc, les soupapes de sécurité étaient toutes à plat, les collègues aussi. Et matériellement, avec la fatigue, ça se transmettait sur le couple, et elle n'a pas tenu.
- *D'accord*
- Elle déteste toujours la médecine. Moi aussi, d'ailleurs, elle me déteste... [sourire]...
- *[rire] Et toi aussi tu détestes la médecine ?*
- Non, moi ça va, on s'est réconcilié [sourire].
- *Tu as d'autres choses à dire ?*
- Non
- *Je passe au suivant ?*
- Ouais
- **[lecture de la quatrième saynète « le vaccin »]**
- Ça a failli m'arriver une fois. J'imagine que ça arrive régulièrement à des collègues. C'est une erreur classique. Ça la fout mal ! [rire] je ne sais pas quoi te dire de plus sur ce cas...
- *Ça te paraît grave, pas grave, moyen grave ?*
- C'est pas grave comme erreur médicale, ça vraiment. C'est une piqûre à côté. Il y en aura une autre à refaire. On va passer pour un blaireau. Mais vraiment, je ne pense pas que ce soit quelque chose de très grave.
- *Comment tu gères vis-à-vis la maman ?*
- J'amène la chose. J'explique que c'est de ma faute, que j'en assume la responsabilité. Éventuellement, je ne fais pas payer la consultation. S'il faut je paye... Non, je ne paye pas le vaccin. Je pense que cela fait partie des erreurs médicales ordinaires, et le reconnaître. Je lui refais une ordonnance et je leur redonne rendez-vous. Éventuellement, je suis arrangeant, c'est-à-dire que je veux bien la revoir le soir même pour repiquer... Si c'est compatible avec les actes suivants, bien sûr. Parce qu'il ne faut pas en faire deux dans la même journée, il ne faut pas charrier ! Voilà, en jouant cartes sur table, en expliquant que ça arrive parfois
- *Hum, hum... Tu dis que ça t'es peut-être déjà arrivé ?*
- Failli arriver...
- C'était quoi le contexte ?
- En fait, j'étais en PMI, en consultation, j'ai préparé le vaccin. Et au moment où je vais désinfecter, je me suis rendu compte, j'ai pensé que j'avais oublié l'adjuvant dedans... Quoi, de mettre le vaccin. Et je m'en serais rendu compte en jetant le vaccin, mais j'aurais déjà fait la piqûre.
- *Et ça a eu un impact sur toi ?*
- Ouais, pareil, la remise en cause... À chaque fois, tu te dis « si je ne m'en étais pas rendu compte, qu'est-ce qu'il se serait passé ? ». C'est une remise en question sur la pratique professionnelle... C'est parce qu'on en dépiste, des événements indésirables. Mais il y en a un certain nombre qu'on ne dépiste pas. Et si la, le médecin ne s'était pas rendu compte qu'il n'avait pas injecté, quoi qu'il n'avait pas injecté le vaccin. Là, pour le coup ça aurait pu, enfin c'est embêtant, et devenir grave pour l'enfant.
- *Hum, hum...*
- Donc le fait qu'il s'en soit rendu compte, c'est pas très grave
- *Tu penses que c'est évitable ? Et si oui, qu'est-ce que tu mets en place ?*
- Oui, c'est évitable, pas dans 100 % des cas. Il y a toujours une part d'aléas dans le soin et dans toute activité humaine... Check-list, ritualisation des choses... le fait de poser le vaccin et de toujours faire les choses dans le même ordre, le fait d'être imperturbable par les mômes qui foutent le bazar, par la chaleur et la mère qui n'en peut plus, le petit qui a peur... et le fait de vérifier plusieurs fois, idéalement même quand on est plusieurs, d'être plusieurs à se vérifier l'un l'autre mutuellement... Le fait de contrôler une fois qu'on l'a injecté le vaccin et au moment où on le

- jettes, le moment où l'étiquette dans le carnet de santé, à tous les moments. Et même, je pense que malgré ça il doit y avoir des trucs qui passent à côté
- *Et du coup, toi tu as mis un rituel en place après ce pseudo événement ?*
 - Maintenant, je vérifie une fois de plus, en fait. Je garde toujours le flacon parce que je ne le jette pas immédiatement après avoir mis le vaccin dans la seringue. Et, ouais, j'ai ritualisé. Après, il suffit qu'il ait quelque chose, par exemple un enfant qui renverse un tiroir... Comme ça peut arriver en consultation... Que je sois obligé de m'interrompre, et dans ce cas-là, le rituel est perturbé et c'est peut-être un risque de mauvaise injection... Que le téléphone sonne, que quelque chose se passe...
 - *D'accord. Tu as d'autres choses à rajouter ?*
 - Non
 - **[lecture de la cinquième saynète « le vaccin bis »]**... *Qu'est-ce que tu en penses ?*
 - En dehors ? Qui n'a pas été injecté ?
 - Ouais
 - Mais il y en a une partie qui a été injectée ?
 - *Une certaine quantité... C'est comme tu le sens...*
 - OK, d'accord. Ton cas me met en difficulté médicale... parce que je ne sais pas ce qu'il faut faire. Et comme dans tous les cas où je ne sais pas ce qu'il faut faire, j'essaie de trouver qui sait ce qu'il faut faire, quoi en penser. Je pense qu'il faut appeler un collègue pédiatre. Enfin, moi c'est ce que je ferais. Je pense qu'il y a des médecins généralistes qui savent, à qui c'est déjà arrivé... Pour savoir ce que eux en pensent. Et il n'y a pas besoin de déplacer l'enfant, juste un coup de fil ça peut suffire pour se rendre un coup de main entre collègues voir avec un collègue généraliste qui pourrait savoir. Voilà, là je n'ai pas la solution médicale au problème technique.
 - *D'accord. Ça te paraît grave, pas grave, moyen grave ?*
 - Ça dépend de la solution technique... Si c'est une demi-vaccination avec une efficacité modérée, ouais, c'est quelque chose de grave, qui peut être embêtant. S'il y a une possibilité de réinjecter, par exemple, la moitié de la seringue sur une estimation de ce qui a été injecté dans la foulée. Bon, là, c'est pas grave, c'est pas grave du tout. Si on considère qu'elle n'a pas été faite, on fait une injection supplémentaire et ce n'est pas grave du tout.
 - *L'important, en gros, c'est de s'en rendre compte ?*
 - Ouais
 - *D'accord. Tu gères comment vit la maman ?*
 - Euh, je la culpabilise. Elle avait qu'à tenir mieux son gosse ! [rire]
 - [rire]
 - C'est de sa faute à elle. Il ne faut pas non plus martyriser tout le temps [sourire].
 - *D'accord*
 - En assumant, en prenant nos responsabilités, en disant qu'il a bougé, que quand on fait des injections ça arrive parfois... Sans prendre non plus toute la responsabilité sur soi parce que c'est des coups à se dévaloriser. Que parfois quand on fait des piqûres les enfants bougent et que ça arrive qu'il y en ait un peu qui tombe à côté. Et que donc, je vais prendre l'avis d'un collègue pour savoir ce qu'il faut faire.
 - *D'accord. Et du coup, ça te paraît évitable, pas évitable ?*
 - Moi, je pense que ça, ça fait partie de l'aléa. Ça arrive un gosse qui bouge.
 - *Hum, hum*
 - De toujours mieux prévoir : demander à la mère d'être assis, d'être dans une position super bien... Donc oui, c'est en partie évitable. Mais même sur une mère assise, un gosse qui bouge... Quand bien même on serait dans les meilleures conditions, il y a un certain nombre... Là, c'est quelque chose qui est potentiellement inévitable.
 - *D'accord je passe au suivant ?*
 - Vas-y
 - **[lecture de la sixième saynète « problème de compréhension »]**... *Qu'est-ce que tu en penses ?*
 - C'est fréquent. Les défauts de communication comme ça, ça m'est déjà arrivé... Avec des conséquences pas aussi graves, heureusement. C'est encore un classique des consultations... Je ne sais pas trop quoi te dire...
 - *Ça te paraît grave...*
 - Oui, ça paraîtrait très grave. La perte d'un orteil c'est très grave. Sur quelque chose d'évitable, sur un défaut de communication... Oui, c'est très, très, très grave.
 - *Comment tu gérais vis-à-vis du patient ?*
 - Pareil, en assumant, on n'a pas le choix. Déjà, en faisant la prise en charge médicale ; en expliquant comment il faut faire. Et dans tous les cas, en ne prenant pas le patient pour un con ; en expliquant que l'on ne s'est pas compris ; en proposant de le revoir après ; en rédigeant une lettre pour les urgences dans laquelle les choses sont expliquées clairement : qu'il y a eu un problème de communication, et qu'on ne s'est pas compris, et que du coup le patient est revenu. En même temps, on note des choses pour pas que ça se reproduise, en s'assurant cette fois-ci de ne pas reproduire les mêmes erreurs. Donc que le patient ait vraiment bien compris, qu'il atterrisse vraiment aux urgences. En pistant le patient, on a la responsabilité quand même de s'assurer que le patient fait bien les choses.
 - *Hum, hum...*
 - Par exemple, en appelant, deux plombes après ou en fin de consultation, les urgences pour savoir s'il est bien passé en rappelant le patient sur son portable pour savoir s'il est bien aux urgences. C'est des moyens qui sont envisageables. En communiquant, il y a des livrets de communication, il y a des services d'interprétariat qui sont hors de prix il y a la possibilité... Moi ça m'est déjà arrivé d'appeler plusieurs fois l'ambassade du Mali qui a une cellule sanitaire avec un médecin joignable tout le temps, aux horaires de bureau, qui sur des problèmes d'anthropo-médecine, de représentation...
 - *C'est-à-dire ?*
 - C'est-à-dire que l'on n'a pas les mêmes représentations des soins, notamment sur l'hospitalisation et sur la cause des maladies. Et quand, en tant que médecin, on pense qu'il est important de faire une opération chirurgicale, et que le patient pense que ça va passer avec des laxatifs... Eh bien, il y a un problème de conception de la médecine et de la maladie en elle-même. Et le fait d'utiliser des relais avec la même langue, les mêmes repères culturels, ça fait un médiateur avec des explications, des arguments qu'on aurait pas forcément trouvés, parfois même des arguments d'autorité.
 - *C'est du vécu ?*
 - J'ai un patient de huit ans chez qui j'ai diagnostiqué une épiphysiolyse hanche aux urgences, qui était venu pour une boiterie et constipation. Sur la radio, le diagnostic est certain. J'ai pris plusieurs avis orthopédiques qui m'ont indiqué l'indication chirurgicale formelle, au risque de perdre la jambe, de perdre la hanche et donc la fonction de marche dans les 24 à 48 heures. Et le patient refusait... donc il avait huit ans, et il refusait d'être hospitalisé. Et son père qui était malien refusait de s'opposer à son fils. Il ne comprenait vraiment pas l'intérêt, il était persuadé que c'était à cause d'un surpoids. Il avait raison, il était obèse... C'était à cause d'un surpoids. Et on était en désaccord sur le traitement : lui pensait qu'avec un régime alimentaire ça passerait. Et on ne s'entendait pas là-dessus, il y avait un gros désaccord. On a changé d'interlocuteur avec des infirmières, on a changé d'interlocuteur avec des médecins. J'ai fait des médiations dans la famille, en ayant sa mère, en ayant un oncle éloigné, en ayant une autre personne, en leur demandant qu'ils se déplacent... avec plusieurs médiateurs, sur plusieurs heures, à des moments différents,

avec l'ambassade du Mali... en menaçant de lever leur autorité parentale pour hospitaliser. Ce qui lui a fait faire une fugue dans les urgences. Il a été rattrapé par le gardien de l'hôpital... en mode bonne ambiance... Et en fait, ce qui a fait... Moi, j'ai lâché l'éponge, à 20h30. En sortant de 14 heures d'urgence, j'en ai marre, j'ai laissé ça au médecin de garde. En fait, c'est que un quart d'heure après que je sois parti, le grand frère que j'avais appelé est venu. Et comme on avait longtemps discuté, il a foutu son frère sur un brancard et hospitalisé sans question.

- *D'accord*

- Donc, moi, je n'ai pas vu les résultats de mon travail mais il a été efficace.

- *Et ça, tu avais pu en parler avec quelqu'un ? C'était une grosse journée...*

- Sur le coup, j'étais dégoûté de tant d'investissement pour rien. Moi, j'avais un vrai cas d'éthique, ma propre maltraitance sur les représentations du patient, en le forçant à l'hospitaliser, en envisageant l'intervention de la police quand le gamin avait fugué... en imaginant les conséquences que cela pouvait avoir sur ses futures relations de soins... en imaginant aussi le fait que perdre une jambe quand on a huit ans c'est pas terrible. Donc il y avait un vrai débat éthique derrière, il y avait un vrai épuisement aussi... Et après, manque de reconnaissance des chefs qui s'en tapaient complètement. Pour lesquels avoir déjà passé 3 heures sur un seul patient aux urgences, c'est 2 heures 45 de trop...

- *D'accord*

- Et donc, la satisfaction c'est personnel. C'est d'avoir réussi à faire quelque chose qui a fonctionné à la fin... Mais pas la reconnaissance de l'institution, ni des collègues, ni services. Des collègues infirmières avec qui on s'entendait très, très, très bien, oui... Un peu dommage, voilà...

- *Et du coup, tu as réussi à en parler avec tes co-internes ?*

- Oui, j'en ai fait une trace... J'en ai parlé à mes collègues internes. On était solidaire. D'ailleurs, on s'était relayé un moment pour essayer d'expliquer à l'enfant et à son père. Il y avait une très bonne ambiance dans le service. Mais les médecins nous prenaient un peu de haut...

- *Et quand tu dis que tu en as fait une trace, du coup, tu as pu en parler à la fac ? Comment ça se passe les traces ?*

- J'ai fait une trace apprentissage... Moi, je l'ai abordé sur le versant communicationnel. Notamment, sur le fait que j'ai passé 3 heures à négocier et je suis sûr que si je m'y étais mieux pris, ça serait passé plus facilement. Donc c'est un récit d'un apprentissage en dissertant sur les différentes possibilités que j'aurais pu avoir. Et je pense que dans ce cas-là j'aurais pu utiliser un argument d'autorité, c'est-à-dire le mettre sur un brancard, dire qu'il a un peu de tension et lui faire prendre un Atarax ou un Lexomil et... à discuter, quoi...

- *Et imaginons que la prochaine fois que tu es dans une situation comme ça, comment tu fais ?*

- Je serais plus riche d'avoir appris des choses par la trace. Je pense que j'essaierais de faire la part des choses mais je ne m'interdirais pas l'argument d'autorité. Peut-être que je serais davantage directif, c'étaient les conclusions de ma trace... Peut-être que j'accélérais, peut-être que je repèrerais les barrières communicationnelles. Par exemple, là, au début je parlais alors que lui, il était allongé sur le brancard et que moi j'étais debout, et que lui il était encore en caleçon et qu'il venait d'être examiné ; qu'il était dans des mauvaises circonstances parce que l'infirmière entraînait sortait du boxe toutes les cinq minutes, que c'était pas possible ; que je ne l'avais pas du tout mis en confiance vis-à-vis de l'hôpital. J'avais beau essayer de travailler sa représentation de l'hôpital, de savoir ce qu'il en pensait, en fait c'était super traumatisant pour lui. Qu'avec le père, en plus de la barrière de la langue, il y avait la barrière des représentations, des représentations de la médecine et du soin, il y avait la peur de la chirurgie. Il y avait une barrière communicationnelle, il y avait le bureau qui est entre nous. Et moi qui essayais avec des arguments rationnels de comprendre ce qu'il en pensait, comment lui... D'essayer de faire des résumés de synthèse de nos désaccords, les trucs de la fac. Et en fait ça ne marchait pas. On tournait en rond. Et j'aurais pu identifier ce qui, de façon non verbale, bloquait. Pour tout de suite identifier que la situation allait poser problème. Si je l'avais identifié plus tôt, je ne me serais pas... J'aurais pu réagir plus tôt et éventuellement faire des gradations, faire une gradation dans mes arguments plus rapidement, changer plus rapidement d'interlocuteur, identifier les choses plus vite. Je pense que maintenant je saurai identifier les choses plus vite.

- *Donc c'était...*

- C'était une expérience positive.

- *Très bien. Je passe suivant ?*

- Ouais

- ***[lecture de la septième saynète « visite à domicile »]***... *Qu'est-ce que tu en penses ?*

- Encore fréquent, encore classique. Elle ne m'est pas arrivée celle-ci... Mais elle pourrait. C'est le problème des visites à domicile où tu n'as pas forcément tout le dossier. C'est le problème des patients chroniques où tu rentres parfois dans la routine. C'est le problème de l'interrogatoire qui n'a pas forcément été bien fait, le problème de la mémorisation des patients qu'on confond parfois, ou qu'on oublie... Une lettre de cardio, quand on en reçoit... Quand on voit 20 ou 30 patients par jour, une lettre de cardio pour un patient que l'on voit tous les trois mois, c'est pas très grave... Quoi, c'est très fréquent, je pense.

- *D'accord. Et c'est grave, c'est pas grave...*

- C'est moyennement grave... De moyennement grave à grave... Elle aurait pu chuter, elle aurait pu se faire un col du fémur, le traumatisme crânien, mourir, tout ça... [rire]

- *[rire]*

- Ça rompt le lien de confiance qu'on avait avec la patiente parce que c'est notre métier... Avec sa fille, avec la famille. Et comme tout à l'heure, ça remet en cause un peu notre pratique...

- *Hum, hum... Et là, pourquoi ça remet en cause ta pratique ?*

- Parce que tu es confronté aux limites et aux erreurs que tu peux faire. C'est l'occasion aussi d'améliorer la pratique, d'identifier les erreurs qu'on a fait pour essayer de modifier ses pratiques.

- *Et du coup, ça te paraît évitable ? Pas évitable ? Si tu me dis que c'est pour essayer de modifier ta pratique...*

- Oui, c'est évitable... L'idéal, c'est de partir en visite avec le dossier complet du patient. L'idéal quand on a le dossier du patient c'est de ne pas le laisser dans la voiture. Ensuite, quand on a sur la table de la cuisine, c'est de le sortir, quoi, de lire... Alors qu'on imagine que l'on sait ce qu'il y a dedans. Ou alors, de laisser dépasser les courriers tant que l'on n'a pas vu la patiente, de les laisser dans une enveloppe de façon à ce qu'ils flashent dans le dossier médical, de se mettre des alarmes dans le logiciel quand on imprime la feuille des visites à domicile, ça peut se faire... Quand on a reçu les courriers... C'est de faire relire et de commenter l'ordonnance avec le patient pour savoir si lui-même n'a pas perçu une erreur. C'est quand même une bonne barrière le patient qui nous dit nos propres conneries. Voilà, il y a plein de choses à faire. Il y a sûrement plein de choses auxquelles je ne pense pas.

- *Et là, du coup, comment tu gérais vis-à-vis de la patiente, vis-à-vis de la fille de la patiente ?*

- Comme tous les cas d'avant, j'explique que je me suis trompé, que je n'ai pas fait exprès. Voilà...

- *D'accord. Tu as d'autres choses à rajouter ?*

- Non

- ***[lecture de la huitième saynète « examens complémentaires non lus »]***... *Qu'est-ce que tu en penses ?*

- Ouais, c'est un événement indésirable...euh... C'est moyennement grave... Non, tu as raison, c'est grave...

- *Je n'ai rien dit...*

- Non, c'est grave, c'est un événement indésirable, c'est grave... du côté médical, de notre côté de médecin... La patiente aussi aurait pu venir à son rendez-vous. Ce qui est embêtant, c'est qu'en ne la voyant pas le mardi matin, la patiente, on aurait pu réagir à ce moment-là... Regarder la boîte mail, lui téléphoner avec les résultats. C'est grave parce que ça peut avoir des conséquences emmerdantes : l'ACFA. Peut-être que si elle n'est pas revenu c'est parce qu'on n'a pas réglé son problème d'oreille, pour lequel elle était venue. Peut-être aussi qu'elle n'a pas eu un sentiment d'écoute parce que si j'ai bien compris, on s'est focalisé sur une prise de sang, qui ne lui faisait pas forcément plaisir, pour laquelle elle n'était

pas forcément venue, avec des symptômes dont elle ne se plaignait pas forcément. Et donc il y a peut-être un contrat thérapeutique qui a mal été conclu, une alliance thérapeutique qui a mal été conclue, une communication avec le père de la fille qui fait qu'ils n'ont pas compris la gravité de la situation qu'on n'a pas su expliquer. Ou je ne sais pas, peut-être qu'ils sont allés voir un des collègues qui s'occupe de la thyroïde. Et si ça se trouve elle est déjà substituée par un endoc, etc.... Voilà...

- *Du coup, comment tu gères ?*

- Je l'appelle le samedi matin, direct... Je laisse un message si je ne l'ai pas. Si c'est des gens que j'ai d'habitude de voir en visite à domicile, en sortant le samedi midi, je sonne. Je vois si le labo les a appelés si je n'arrive pas à les obtenir. Et je leur donne rendez-vous en fin de consultation samedi dans la foulée pour gérer au mieux.

- *Ça te paraît évitable ? Pas évitable ?*

- Oui, c'est évitable en lisant le mail tous les jours, en s'entendant bien avec le labo qui peut nous appeler en disant «Tiens, on a une patiente »... Et que si c'est une hyperthyroïdie franche avec des résultats biologiques inquiétants... Peut-être avec le lien médical, surtout avec le patient... Pas le contrat thérapeutique mais en ayant un lien fort, les patients se sentent, j'imagine, davantage en confiance, par davantage à venir ou revenir avec une observance concernant la présence en consultation plus importante. Je pense que c'est une bonne façon d'éviter la plupart des effets indésirables.

- *Hum...*

- *Voilà...*

- ***D'accord. [lecture de la neuvième saynète « interactions médicamenteuses »]***

- D'accord. C'est de la iatrogénie, de la iatrogénie médicamenteuse pure et dure. De l'interaction médicamenteuse... Dur de s'en rendre compte quand on prescrit. C'est fréquent, c'est grave. C'est une erreur. C'est pas forcément une erreur d'avoir prescrit les deux en même temps. C'est une erreur si on avait pas visualisé, si on ne l'avait pas rentré dans la balance bénéfice-risque. C'est fréquent comme toutes les situations que tu as dit. Mais ça se rectifie. Là, la situation n'est pas grave parce qu'elle ne s'est pas péter la gueule sur une peau, elle n'a pas fait de malaise. Mais, potentiellement, on aurait pu être embêté... surtout elle...

- *Est-ce que ça te semble évitable ? Si oui est-ce que tu vois un moyen d'éviter ?*

- Déjà, c'est évitable. Si on avait eu... Quoi, moi je ne l'aurais pas vu l'interaction médicamenteuse entre les deux... Si je l'avais vue, peut-être que j'aurais fait la même prescription. Si je l'avais vue, peut-être aussi que j'aurais prévenu la patiente, en y pensant... En lui demandant de contrôler sa glycémie plus fréquemment. J'aurais pu mettre des mesures préventives, sachant que je prenais un risque : en mettant une surveillance, en ayant conscience déjà de ça. Il y a des alarmes médicamenteuses des logiciels de prescription, c'est quand même une super sécurité. Il y a le fait de nous-mêmes nous tenir à jour des effets indésirables des médicaments. C'est quelque chose qu'on apprend pas en premier cycle ni en deuxième cycle, ni en troisième cycle. Ce qui est pose quand même un souci sur l'exhaustivité de notre formation. C'est quand même un vrai problème de ne pas être formé à ça. Ça relève de notre propre responsabilité de formation médicale continue, de lecture de revues médicales indépendantes, comme la revue Prescrire, de participation à des congrès indépendants, comme le congrès de la revue Prescrire... Et de lire des choses des sociétés savantes et peut-être avoir un peu de recul sur les médicaments et les autorisations de mise sur le marché, etc., qui sont parfois très critiquables ; peut-être en connaissant mieux les médicaments qu'on prescrit. Donc en prescrivant une palette moins large de médicaments. En regardant davantage le Vidal, mais en ayant pas peur de passer pour un médecin ignorant qui est obligé de regarder le Vidal dès qu'il prescrit un médicament qu'il ne prescrit pas tous les jours... Ou même, quand il prescrit un médicament de tous les jours. Je pense que c'est notre responsabilité. C'est aussi notre responsabilité de déclarer les événements indésirables pour que si effectivement il y a beaucoup d'hypoglycémie avec cette association-là, que ça remonte, que cela puisse être publié, qu'il puisse y avoir des articles, que les médecins soient informés, qu'il puisse éventuellement y avoir une modification des contre-indications... Peut-être même que c'est une contre-indication que je ne connais pas. Voilà...

- *D'accord. Ça a un impact sur toi ?*

- Oui, c'est une erreur médicale de ne pas avoir vu ça et de ne pas avoir mis les moyens de prévention adaptés, de pas avoir expliqué à la patiente... Oui, ça un impact... Après, clairement, ça ne change pas ma journée.

- *D'accord. Je passe suivant ?*

- *Vas y*

- ***[lecture de la dixième saynète « allergie médicamenteuse »]***

- *On n'avait pas connaissance des allergies de la patiente ? Où on avait connaissance et on l'avait oublié ?*

- *C'est comme tu le sens...*

- C'est un événement indésirable. C'est très grave, on a failli tuer une patiente... Encore une fois ! [rire]. C'est très grave. C'est évitable en demandant systématiquement à chaque consultation même pour les patients que l'on a, s'ils sont allergiques médicaments ; en commentant l'ordonnance ; en écrivant dans le carnet de santé si c'est un enfant ; en éduquant les patients à leurs propres allergies, en leur expliquant que suite à cet antécédent il faut qu'ils disent à chaque fois qu'ils voient un médecin, qu'il faut qu'ils soient eux-mêmes extrêmement attentifs ; en partageant un dossier médical au moins sur les choses très graves avec les collègues ; en étant joignable avec le pharmacien qui nous a rattrapé le coup à la dernière minute ; en étant joignable pour ses patients parce qu'elle aurait pu s'en rendre compte à la maison ; peut-être éventuellement avec des conseils de surveillance... Moi je ne fais pas ça, mais je sais qu'il y a certains médecins qui expliquent que si ça ne se passe pas comme il faut avec les médicaments, il faut vite faire le 15. Moi, il n'y a pas ça sur mes ordonnances mais ça peut être une idée.

- *Hum, hum*

- En réfléchissant sur sa pratique, en remettant en cause toutes ces procédures... Il doit y avoir plein de choses qui sont publiées sur les événements indésirables. Tu dois connaître ça...

- *En cabinet, pas beaucoup... La France est en fait assez en retard par rapport aux pays anglo-saxons*

- *D'accord*

- *Il y a eu des études qui ont été beaucoup à l'hôpital... Il y en a eu deux-trois à l'hôpital, qui n'ont pas changé en fait vraiment grand-chose. Et en fait, en ville, c'est l'étude ESPRIT l'année dernière qui a été faite, mais avant il n'y avait rien eu... Enfin, il y avait eu une étude sur les événements indésirables graves qui avaient entraîné une hospitalisation. Mais il n'y avait pas eu d'étude sur les événements indésirables dans notre vie de tous les jours... Donc en fait, les événements indésirables il n'y a pas beaucoup... La France est en retard sur cette notion-là*

- *D'accord. Et sur la culture d'erreur, peut-être aussi. Peut-être qu'elle serait à mettre en place... Enfin, valorisée...*

- *[rire] On en parle après, parce que tu es censé me donner ton avis...*

- *OK*

- *Comment tu gères vis-à-vis de la patiente ?*

- *Bah, j'assume...*

- *D'accord. Je passe au suivant ?*

- *Ouais*

- ***[lecture de la onzième saynète « consultation par téléphone »]***

- C'est un événement indésirable. Dans une situation fréquente, grave, avec un enfant apparemment déshydraté. Apparemment il y a un problème de communication parce qu'il n'y a pas eu de soluté de réhydratation orale, qu'elle n'a pas forcément eu les conseils de base. Qu'il y ait une difficulté à évaluer l'état de l'enfant par téléphone. Il y a le problème d'avoir donné un avis médical, mais en même temps c'est ce que l'on fait fré-

quement. Je ne sais pas si ça fait partie d'une mission, mais en tout cas, la plupart on le fait assez fréquemment. Est-ce que c'est vraiment évitable de se planter dans un conseil ? D'oublier de conseiller d'utiliser la solution de réhydratation orale... Ça arrive. Ça arrive... Je n'irai pas me ritualiser sur les conseils de gastro-entérite chez les enfants de deux ans par téléphone... Oublier certaines questions ou pas réussir à les poser comme il faudrait par téléphone... Moi, j'ai fait de la régulation médicale... La barrière du téléphone, c'est une barrière immense. La télé-médecine, j'en suis persuadé après cette expérience, ça ne peut pas marcher, ça ne marchera pas. C'est de la médecine de merde. Donner un avis par téléphone, c'est prendre le risque de se planter. C'est un risque qu'il faut limiter à tout prix. Il y a des procédures. Je sais que moi, je faisais de la régulation avec un bouquin qui me faisait protocoller les questions à poser. Sur une gastro j'aurais posé les huit questions de gastro pédiatrique. Peut-être que maintenant, vu que je les connaissais par cœur, elles me seraient revenues. Mais dans six mois, je ne pense pas que je m'en souviendrais. Donc, ça sera plus des questions de bon sens et de pratique que je poserai. Il est toujours possible de se planter. Et même en posant les huit questions tip-top, ça arrive fréquemment de se planter en régulation. Je pense que c'est un aléa, ça aussi... C'est tout le problème, si on veut voir un gamin, il faut l'avoir en face. C'est une erreur d'orientation, une erreur de conseil, une erreur de diagnostic, tout ça...

- *Comment tu gères vis-à-vis de la maman ?*

- Là, je ne suis pas sûr que je me culpabilise comme les autres fois. Ça dépend si elle, elle remarque l'erreur. Si elle me dit qu'elle voulait un rendez-vous et que je ne lui ai pas donné, que donc c'est de ma faute. Dans ce cas-là, je suis obligé d'être conciliant et d'assumer. Mais je ne lui fais pas la remarque, je ne suis pas obligé de m'auto-flageller. Je gère en réfléchissant, en repensant à la consultation téléphonique pour voir dans quelles conditions j'étais pour répondre, si j'avais toutes les bonnes dispositions matérielles. Est-ce que j'ai posé les bonnes questions ? Est-ce que j'étais assis ? Est-ce que j'étais en pleine consultation avec Mamie en train de tomber ? Parce que j'ai pris assez de temps en consultation ? Est-ce que j'ai pris des notes sur l'avis médical que j'ai donné ? Ce que je fais quasiment jamais quand je donne un avis par téléphone, et qu'il faudrait faire, etc.

- *Pourquoi là, c'est différent des autres cas ? Pourquoi là, tu ne t'auto-flagelles pas ?*

- Déjà parce que la patiente ne se rend pas forcément compte que c'est un événement indésirable. Là, il n'y a pas besoin de lui faire perdre confiance avec le lien médical que j'essaie de faire. Ensuite... Non, c'est essentiellement pour ça. Il y a peut-être aussi un côté médico-légal. On ne prend pas le risque de se faire attaquer par le patient, attaquer en justice quand lui-même ne se rend pas compte qu'il y a un événement indésirable, quand c'est quelque chose qui est sans conséquence. Par contre, je pense que si le gosse est hospitalisé derrière et que l'hospitalisation ne se passe pas comme prévu, il y a des choses à assumer aussi. C'est même pas pour le patient qu'il faut assumer, c'est pour nous. Je pense que j'assumerai surtout pour moi. Pour pouvoir continuer à bosser sereinement, en me disant que quand je fais des conneries, je les assume. Donc, c'est même pas par empathie ou par honnêteté, c'est plus par égoïsme au contraire. Pour dire « voilà, je fais mon boulot. Et comme tout le monde, ça merde parfois ». Je ne pense pas être pire que les autres... [sourire]

- *Non, rassure-toi... Je passe suivant ?*

- Vas-y

- **[lecture de la douzième saynète « le confrère »]**

- Donc, on ne l'a pas appelé. On a oublié de l'appeler, de lui filer un rencard. Dommage pour lui... C'est un événement indésirable grave. Il va peut-être mourir et en souffrir... [rire] c'est horrible.

- [rire]

- C'est évitable. L'idéal c'est de noter tout de suite dans son dossier. L'idéal c'est de se mettre une alarme. L'idéal, c'est de le voir dans la foulée, les jeux d'envoyer un courrier ou je ne sais pas quoi, de le convoquer, voire de lui filer un rencard directement par le pneumologue sans lui pourrir sa consultation. Donc, il y a deux choses : il y a le coup de fil, et apparemment il y a le courrier du pneumologue qui arrive derrière et qu'on a oublié aussi. Bon, ça fait deux choses oubliées quand même. Il faut repenser la procédure de gestion du courrier. Je ne sais pas vraiment comment ça se fait dans tous les cabinets. Mais il y a quelque chose en arrière de ces erreurs-là. Il faut vraiment avoir cette espèce de culture de l'erreur qui fait qu'on ne la recommence pas 1000 fois. Avec M. O, la question c'est d'assumer ou pas. Assumer pas par choix mais plus par honnêteté, c'est ce que je disais tout à l'heure, c'est pas vraiment pour M. O. Evidemment, si lui il avait compris, il n'aurait pas forcément envie de consulter... Il n'était pas question de le harceler, mais il était question de lui rappeler qu'il avait quelque chose à explorer. Bien sûr, il y a une part de libre arbitre dans cette histoire- là. Voilà... Rien de plus à dire...

- *Quand tu me dis « repenser la procédure » tu mets en place des procédures pour beaucoup d'actes... Dans l'idéal, dans mon cabinet idéal...*

- Dans mon cabinet idéal... dans ma vie quotidienne je suis très, très, très bordélique. Dans la vie professionnelle, je fais beaucoup d'efforts pour m'organiser, pour pas me prendre le chou, pour pas que ça retentisse sur ma vie personnelle. Et donc, quand je fais des erreurs, j'essaie de les traiter au mieux, j'essaie de ritualiser. Ensuite, est-ce que l'on peut avoir des protocoles pour tout ? Éviter tout ? Éviter le bon sens... Parce que c'est un peu abrutissant... Idéalement, il faudrait faire des revues de morbi-mortalité. Il faudra qu'on valorise ces cas-là, comme le cas du patient qu'on n'a pas rappelé alors qu'il avait un cancer. Les valoriser, montrer ce que l'on a pas fait aux autres collègues, de façon à ce qu'ils ne fassent pas les mêmes conneries que nous, de façon à ce que nous on ne les fasse pas. Ça serait bien qu'il puisse y avoir aussi un endroit où on est pas culpabilisé pour dire les erreurs que l'on fait... Parce qu'on a tendance assez facilement à se juger entre collègues... D'autant qu'on a une vision très très partielle de ce que font nos collègues en consultation. On a souvent que le retour des patients qui ont une vision eux aussi partielle, un vécu très subjectif. Donc, on a peur d'être jugé. On n'a pas envie de juger ses collègues. C'est dommage qu'on ait pas cette culture, c'est dommage qu'on ne nous l'inculque pas dès la fac, c'est dommage qu'on ne l'inculque pas pour des petites erreurs. Je pense que si on l'appliquait pour des petites erreurs ça serait beaucoup plus facile d'expliquer qu'on a raté le cancer ou l'infarctus ou la déshydratation. Peut-être qu'il faudrait aussi un endroit de paroles qui ne soient pas médico-légalisés, c'est-à-dire qu'on pourrait assumer des erreurs qui seraient judiciaires, qui pourraient nous envoyer en prison... Là, le retard diagnostique... Sans que ça puisse porter à conséquence. Donc avec un esprit de bienveillance... Ce qui n'est pas véritablement le cas. Donc, voilà, dans le truc idéal il faudrait qu'il y ait un minimum de protocoles pour les gens bordéliques comme moi...

- *D'accord. Et là, tu m'as dit « on inculque pas cette idée de l'erreur possible dans nos études ». Les événements indésirables tu en avais déjà entendu parler ? Ça te dit quelque chose ?*

- Je n'ai eu aucun cours dessus...

- *D'accord*

- j'ai eu aucune sensibilisation là-dessus. Et j'ai participé deux fois dans ma vie, en pédiatrie, à des revues de morbi-mortalité. Dans un esprit de bienveillance... Mais où, seulement les internes présentaient des cas en pratique... Huit cas présentés, on était 4 internes, il y avait 10 chefs... Sous-entendu, les chefs font pas d'erreur. Ce qui est complètement faux. Ils en font, pas les mêmes que les nôtres... Peut-être des moins graves, mais ils en font aussi... C'est dommage. Donc j'ai eu deux revues de morbi-mortalité dans ma vie, c'est tout... J'ai vu qu'aux rencontres Prescrire il y avait un atelier sur cette thématique-là : l'événement indésirable. Voilà, il va falloir attendre deux ans si je revenais formation...

- *Et les revues de morbi-mortalité, c'était intéressant ?*

- C'était hyper intéressant. Tous les collègues font des conneries. C'est enrichissant parce que ça touche parce qu'il y a un vécu subjectif très important là-dedans. Là, j'avais une collègue qui présentait un cas qui l'avait touchée. Il y avait un retard d'environ une demi-heure sur le diagnostic d'un infarctus. Et elle, ça l'avait vachement touchée. Je me suis projeté à travers elle. Je me suis dit que j'aurais pu faire exactement les mêmes erreurs. Et que vu mon comportement, les erreurs auraient pu être encore plus graves que j'avais été à sa place. Ça a permis, là dans son cas, de changer le protocole d'accueil des patients qui ont des douleurs thoraciques. Donc c'est quelque chose qui est super efficace. En tout cas, moi c'est ce que j'en ai vécu. C'était quelque chose qui était balbutiant. C'était quelque chose qui n'était pas valorisé. C'était le médecin le plus motivé. Il y avait aussi le côté de chefs qui se détestaient. Donc ils étaient un peu obligés d'être là, ce qui n'était pas super sain. En ambulatoire, ça c'est

jamais vu, peut-être parce que ce n'est pas valorisé au point de vue financier. Je pense que la Sécu gagnerait à payer quelques consultations aux médecins qui participent à ça. Je ne sais pas, peut-être huit ou dix consultations par revue de morbi-mortalité. Ça me paraîtrait être un investissement rentable en termes de santé publique, et rentable financièrement aussi... De mon point de vue... En termes d'économies réalisées sur les prises en charge des patients ultérieurs.

- *Et là, le fait qu'on en discute est-ce que ça t'a paru... Est-ce que ça t'a fait changer ou modifier ta vision... Ou pas forcément...*
- si, si, tu en train de faire de la recherche action. Tu fais évoluer ma réflexion sur les événements indésirables. J'en parle peu, en tout cas pas consciemment... Quand j'en parle, c'est pour deux choses : c'est pour moi, pour pouvoir continuer à bosser sans y penser tout le temps ; et aussi, pour les patients, pour essayer de sécuriser ma pratique... Sécuriser pour le patient mais sécuriser aussi au niveau médico-légal. Je n'ai pas envie d'aller en prison... Donc, ouais, tu m'as donné envie de lire ta thèse. Sur la question des protocoles, et de la réflexion, et de la revue de morbi-mortalité, pourquoi pas le proposer au centre de santé où je suis en stage en ce moment. C'est le cas ou jamais : il y a des médecins salariés, c'est plus facile. Ça sera plus facile aussi de faire sauter quelques consultations en début d'après-midi une fois par mois ou deux fois par mois. C'est peut-être à moi aussi d'être acteur de ça si j'en ai conscience face à des médecins qui n'en ont pas forcément conscience, qui n'ont pas été formés à ça, qui ont conscience d'autres choses... Ça peut être une façon de faire un échange, voire de l'enseignement... De l'enseignement entre médecins, mais pas forcément. Dans le centre de santé, il y a des secrétaires médicales qui font des torches, moins que le médecin mais elles en font parfois. Il y a les infirmières qui en font, souvent moins que nous mais il n'y a pas de raison pourquoi elles n'en feraient pas. Et ça peut être l'occasion de bosser ensemble, de déculpabiliser et de valoriser cette culture de l'erreur.
- *Pour toi, ça manque dans notre formation ?*
- Vraiment, ouais. Sans aucun doute... On est formé sur une base de concours qui sélectionne les meilleurs. On court tous pour ne pas redoubler une fois qu'on a eu le concours de première année. On est reclassé en sixième année. On est aussi obligé de faire preuve d'assurance face à patients pour créer un lien de confiance. Pour communiquer notre professionnalisme, on ne doit pas douter, on ne doit pas montrer que l'on doute. C'est en opposition totale avec la culture de l'erreur, avec la nécessité d'humilité qu'on a quand on est soignant. En même temps, quand on est soignant débutant, on est tellement obligé de se forcer d'avoir de l'assurance qu'on perd en nuances dans cette assurance... On perd en finesse. On a tendance à dire « c'est ce médicament-là qu'il vous faut. Mon attitude c'est la meilleure à avoir, à ce moment-là. Je ne pouvais pas forcément faire autrement à ce moment-là ». Alors qu'on devrait... Ensuite ça vient du fait que si l'on se remet en cause, on se remet en cause sur tout parce qu'on est en période d'apprentissage, parce que rien n'est réglé. C'est quasiment que des situations nouvelles auquel on est confronté. On est confronté que à des signes qu'on ne voit pas forcément, que à des médicaments qu'on n'a pas l'habitude de prescrire, pour lesquels on a pas les connaissances et pour lesquels on n'est pas formé. Donc, c'est quelque chose qui est très fatigant. C'est l'apprentissage... Ajouter en plus la culture de l'erreur, c'est capital. C'est probablement plus important que certaines choses qu'on nous apprend. Il faudrait le faire, il faudrait avoir l'énergie... Peut-être en nous rassurant, en nous encadrant mieux, en nous forçant pas à avoir des débits de patients, comme c'est le cas en stage ambulatoire par exemple... Je suis obligé de voir 1200 patients en six mois. Je suis obligé devant les patients en un quart d'heure, je n'ai pas le choix. Sur des patients qui viennent pour la première fois en cabinet, qui n'ont pas de dossier médical. Où je suis ces particuliers, j'ai que les patients qui ont des gros problèmes avec le français, des gros problèmes d'accès aux soins, les gros problèmes sociaux, des grosses problématiques médicales. Pour ceux qui n'ont pas de couverture sociale, ils payent leurs consultations. Ils se cotisent, il y a plusieurs personnes qui se cotisent pour payer les 23 €. Et donc, quand tu arrives et que tu dis « on a un quart d'heure, il va falloir aller vite. Et je ne vous comprends pas, et je ne comprends pas pourquoi vous êtes là ». C'est problématique !
- *C'est problématique dans quel sens ?*
- C'est générateur d'erreur... le débit, le fait de ne pas avoir le temps de la réflexion sur les patients, le fait de ne pas avoir le temps de comprendre ce qui gêne eux, le pourquoi est-ce qu'ils sont venus... C'est un temps qui n'est pas rentable, je pense. De le voir vite... Il faut avoir le temps de cette réflexion, que ce soit en face du patient, que ce soit entre deux consultations, que ce soit en fin de journée en prenant le temps de débriefer. Ce qui n'est pas forcément tout le temps le cas quand on est en stage... En étant séniorisé... ce qui est quasiment jamais le cas quand on est aux urgences ou en stages hospitaliers. Ces temps de réflexion et d'analyse, ils sont souvent inexistantes à cause des pressions, parfois économiques, organisationnelles des services hospitaliers. Certainement que si c'était davantage valorisé, que ça puisse être dans les projets de services. Donc ce que ça devienne quelque chose de culturel. Dans les projets de services, dans les projets de soins, dans les organisations de management, dans les réunions de transmission entre les infirmières et les médecins... Comme les staffs sont institutionnalisés, et que ça ne pose problème à personne de s'emmerder à écouter quelqu'un pendant une plombe le matin avant de commencer une journée. Eh bien, pourquoi ça ne pourrait pas être institutionnalisé aussi. Je pense que ce serait quelque chose de très bien pour le patient. La qualité des soins en sortirait grandie...
- *Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non
- *Merci beaucoup*

Entretien 12 (1h15)

- Je suis Émilie. Je suis à Paris V. J'ai fini l'internat il y a deux ans et je suis remplaçante en médecine générale. Présente-toi...
- Je suis L. Je suis interne à U. Et je suis en sixième semestre, en gynéco. Et voilà, je termine mon internat, je pense que je vais faire des remplacements. Et j'ai fait un an en médecine générale en stage niveau 1 suivi de SASPAS.
- Et tu as fait quoi comme autre stage ?
- Un stage de gériatrie en soins de suite et rééducation, un stage aux urgences, et un stage en médecine-diabète.
- D'accord. C'est quoi ton projet professionnel ?
- Bah, là je finis. Donc je vais faire des remplacements un certain temps... Le temps de voir si ça me plaît, où je me plais, et je m'installerai en médecine libérale.
- D'accord. Donc, là, je t'interroge sur les événements indésirables vu par les internes de médecine générale. C'est des entretiens semi directifs dans le cadre de ma thèse. C'est une étude qualitative. Et en fait, tu vas voir, je te pose des questions et c'est toi qui parles beaucoup. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, c'est ce que tu penses. Il n'y a pas de jugement. C'est enregistré sur un support numérique. Par contre, les réponses seront anonymes : ton nom, ta fac, tout ça, c'est modifié. On est le 29 mai et tu es chez moi... Pour toi, c'est quoi un événement indésirable ?
- Un événement indésirable c'est une complication qui peut survenir sur le patient... Enfin, c'est au cabinet ?
- Ouais, mais ça peut être... Pour toi, et c'est quoi la définition vaste d'un événement indésirable ?
- Un événement indésirable ça peut être soit une consultation qui ne se passe pas comme on l'avait prévu, une mésentente forte entre un patient et un médecin avec des mots de violence... Enfin, je dis ça parce que j'ai vécu ça il n'y a pas longtemps et j'ai vécu ça comme un événement indésirable. Et après, ça peut être aussi une complication pendant la consultation, on va dire mécanique, quoi... Un patient qui se casse le col du fémur en partant du cabinet, quelqu'un qui fait son infarctus au cabinet... Enfin, voilà... Je vois ça comme ça quoi...
- D'accord. Tu peux me le raconter l'événement indésirable que tu as vécu avec la violence ?
- Bah, c'était une patiente qui consultait aux urgences gynéco où je suis en ce moment ; et qui était très remontée parce que les pompiers n'étaient pas venus la chercher chez elle parce qu'elle avait des symptômes visiblement plutôt d'infection urinaire ; elle était arrivée déjà complètement remontée sur le fait qu'on était pas venu la chercher chez elle. Nous, on a peut-être mis une couche en lui disant que effectivement appeler les pompiers pour des symptômes d'infection urinaire c'était peut-être pas justifié. Donc là, elle est partie dans un accès de colère énorme, avec voilà, menaces de mort, violences physiques sur moi. Et voilà, le soir j'étais au commissariat pour porter plainte contre elle. Je l'ai vécu comme un événement indésirable, c'est-à-dire que c'était pas ce qui était prévu... Le message était pas agressif, je voulais juste essayer de lui faire comprendre que, bah, on appelle pas les pompiers pour une infection urinaire, on se déplaçait on va consulter, voilà...
- Et tu as pu en parler avec des gens autour de toi ?
- Oui, oui, il y a eu vraiment un bon débriefing de la part des cadres de santé et de médecins qui ont été très sympas. Eux m'ont incitée à porter plainte, pour moi, et pour l'hôpital aussi...
- Hum, hum...
- Voilà... Mais oui, non, j'étais bien encadrée, bien soutenue...
- Ça a eu un impact sur toi ?
- Euh oui, dans le sens où c'est jamais très agréable de se faire menacer de mort... Peut-être ressentir plus comment sont les gens... J'aurais peut-être pas dû en rajouter une couche. Peut-être que je me prononcerai moins une prochaine fois, ou peut-être d'une manière moins directe. Il faut peut-être plus s'adapter à la nature... Bon, j'avais pas eu l'impression d'être très brutale mais elle a très mal pris que je lui aies redit ce qu'on lui avait déjà dit. Voilà, j'étais le bout de la chaîne, et c'est sur moi que c'est tombé, en gros... Je passais, j'étais peut-être la quatrième rien que dans l'enceinte de l'hôpital à lui redire ça, après qu'elle ait déjà été très en colère après les pompiers. Voilà, j'étais le bout de la chaîne, et c'est tombé sur moi... Voilà...
- Pour toi, c'est quoi une erreur médicale ?
- Alors, une erreur médicale c'est quand il y a des conséquences... Physique, une complication physique, plus ou moins psychologique... C'est compliqué ça à évaluer... Directement imputable à une décision, une prescription... enfin, une décision médicale, une prescription ou une intervention chirurgicale... Un événement qui était évitable...
- Hum, hum... D'accord... Je vais te donner trois définitions et tu me diras ce que tu en penses... Alors, la définition du ministère de la santé c'est « les événements indésirables sont l'ensemble des événements non désirés liés aux soins »
- Ouais, bah, ça me parle bien... C'est-à-dire que ça inclut aussi les événements un peu comme moi je viens de dire... C'est-à-dire des événements aussi, pas physique, juste une conversation qui part mal, une incompréhension. Enfin, voilà, ça me parle bien...
- Hum, hum... Alors, la définition de l'OMS c'est « un événement indésirable c'est un incident qui entraîne une atteinte pour le patient ; atteinte découlant de ou associés à des projets formulés ou à des mesures prises pendant que les soins ont été dispensés et qui ne résulte pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacente »
- Alors, c'est long, c'est compliqué. Et c'est vrai qu'il y a la dimension que je n'ai peut-être pas assez évoquée... Je l'ai plus évoquée dans l'erreur médicale... C'est vrai que l'événement indésirable touche le patient. C'est vrai que moi, j'ai plus parlé de quelque chose entre un patient et un médecin. La définition, là, qui est donnée, c'est plus un événement indésirable sur le patient, pas du tout du médecin... Je n'avais pas vu cette dimension-là. Je t'avoue que c'est un peu long comme définition, dont je n'ai pas tout compris.
- Tu veux que je te la relise ?
- Vas-y...
- Alors c'est « un incident qui entraîne une atteinte pour le patient ; atteinte découlant de ou associée à des projets formulés ou à des mesures prises pendant que les soins ont été dispensés et qui ne résulte pas d'un traumatisme d'une maladie sous-jacente »
- Ouais... C'est une atteinte d'un sujet sain... Mais l'atteinte, je trouve que c'est assez vague... Atteinte psychologique ou physique, ouais, d'accord... Oui... Je ne serais pas quoi dire dessus...
- D'accord. Je passe la troisième. C'est une définition d'une étude qui a été réalisée en 2013, c'est l'étude ESPRIT qui a été faite en cabinet de ville sur les événements indésirables. Et donc, la définition c'est « un événement indésirable c'est un événement ou une circonstance associé aux soins qui aurait pu entraîner qui a entraîné une atteinte pour le patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau »
- Ouais, alors ça, je trouve ça très bien comme définition : c'est pratique. C'est-à-dire que c'est « qui aurait pu », donc conditionnel, ou « qui a pu », qui s'est réellement passé. Donc c'est des choses dont on peut se rendre compte a posteriori « tiens, j'ai fait ça, j'aurais pu risquer que ». Et donc, on corrige. Par exemple, se rendre compte que tel propos aurait pu être mal interprété, et la prochaine fois je ne ferai pas la même chose ; l'objet mis dans le cabinet pouvait tomber sur la personne, et je vais le corriger. Donc, je trouve que c'est une définition qui est pratique. Et que je comprends mieux que la précédente.
- D'accord. Alors, je vais te lire des petites saynètes. Pour chaque saynète, alors je te redirai les questions au fur et à mesure, tu me diras si il y a un événement indésirable ou pas ; grave, pas grave, moyen grave ; comment tu réagis vis-à-vis des protagonistes de l'histoire ; s'il y a un événement indésirable, si tu penses que c'est quelque chose qui est évitable ; et du coup, les moyens d'éviter si c'était évitable. Alors [lecture de la première saynète « répondre au téléphone devant un patient »]...
- Alors, oui, là, il y a un événement indésirable. C'est-à-dire qu'il y a eu une rupture du secret médical. C'est-à-dire qu'une conversation avec un confrère devant un patient, on se doit de faire attention à ne pas divulguer ni l'identité ni des faits trop précis qui pourraient amener à l'identité de la personne. On peut échanger sur les antécédents, parce qu'il n'y a pas le choix, il est 18H30 et le médecin a absolument besoin de savoir pour

avancer un peu. Mais il faut faire attention. Là, c'est évitable, parce qu'il suffit de faire en sorte de ne pas prononcer le nom, d'être peut-être moins précis dans les événements de vie. Les antécédents ça reste très médical... Après, de là, à parler de la cause du syndrome dépressif, c'est peut-être pas utile dans l'urgence. Ça ne va pas changer la prise en charge de l'urgentiste. Je pense que ça, ça n'était peut-être pas nécessaire d'aller jusque-là dans les propos, parce que ça a pu permettre à la personne même sans le nom de la personne... Ça a pu permettre au patient qui était en face de comprendre de qui on parlait. Après...

- *Ça te paraît grave, pas grave ?*

- Oui, ça me paraît grave parce que ça appartient à cette dame, ces antécédents, son histoire personnelle. On ne sait absolument pas les relations qu'elle peut avoir avec le patient qui en face de nous, l'importance de divulguer ou non la mort de la petite fille, ou le fait qu'elle ait fait un infarctus. Ça lui appartient. C'est pas à nous de donner ces informations à quelqu'un d'autre. Donc oui c'est grave... c'est vraiment rompre le secret médical...

- *Hum, hum... Tu m'as dit « c'est rompre le secret médical ». Comment tu gères vis-à-vis du patient ou de Mme A ?*

- Je pense que là, il faut être honnête, dans le sens où on reste des humains. On se rend compte de cette erreur, on la verbalise, on l'explique au patient qui est en face de nous « voilà, je suis allé trop loin ». Et on lui explique l'enjeu et les retombées potentielles. Et je pense que la personne en face peut comprendre qu'on imaginait pas qu'elle puisse connaître cette dame, et qu'on a fait une erreur. En expliquant ça, on peut arriver à un accord que, bah, ça reste là et qu'il ne faut pas qu'il utilise ces informations-là plus tard. Donc, je pense qu'il faut savoir reconnaître son erreur et le dire. Et par rapport à la dame qui est hospitalisée, quand on sera amené à la revoir, je pense que ça peut se discuter de lui faire part de cet incident, ouais... Parce que lui expliquer que ça s'est passé comme ça, qu'il était tard, qu'on n'a pas réalisé, qu'on a voulu donner des informations... Que l'intention n'était pas mauvaise, mais qu'on a fait une erreur. Je pense qu'il faut savoir reconnaître que, oui, c'est une erreur, qu'on la reconnaît et qu'on espère qu'il n'y aura pas de conséquences. Mais que... On le regrette. Je pense qu'il faut être honnête...

- *Ça a un impact sur toi ?*

- Ah bah, de toute façon, oui, je pense que le moment où on réalise qu'on a en face de soi quelqu'un qui vient d'apprendre quelque chose qui ne le regardait pas à cause de nous... Bah, c'est un peu une douche froide, on se dit « oups, là, j'ai fait quelque chose de mal »... Forcément, on en apprend quelque chose que la prochaine fois... je pense que, forcément, la prochaine fois, on dira « écoutez... »... On évitera de prononcer le nom de la dame, on évitera les détails, quoi...

- *Qu'est-ce que tu peux mettre en place... Est-ce que tu vois quelque chose à mettre en place pour éviter que ça se reproduise ?*

- Alors, des choses très formelles, non. Mais je pense qu'après, c'est un signal d'alarme qu'on doit voir au fond de nous « attention, j'ai quelqu'un en face. Je ne prononce pas de nom ». C'est un signal d'alarme... Voilà, en se rappelant de cet événement indésirable-là, on met en place un signal d'alarme interne. Enfin, moi, c'est un peu comme ça que je fonctionne. Je me rappelle d'un événement qui m'a marqué « oups, attention, j'ai fait ça. Je ne le ferai plus, quoi... ». Voilà... Mais de là à formaliser quelque chose, enfin une alerte sur l'ordinateur ou quoi, non... Je ne pense pas que je pourrais mettre en place. C'est très spontané comme situation : c'est un coup de fil, il est tard, urgentiste pressé, si nous aussi... Enfin, c'est compliqué d'éviter ces choses-là... En tout cas, je pense que ça a pu arriver assez fréquemment et que c'est quand on l'a fait une fois qu'on se rend compte...

- *Tu as d'autres choses à rajouter ?*

- Non...

- **[lecture de la deuxième saynète « chute au cabinet »]**

- Bah, en fait, j'ai déjà parlé de cette situation parce que c'est arrivé dans un cabinet où j'étais, donc une fracture du col du fémur. En fait... C'est vrai qu'on met toujours un petit marchepied... C'est quelque chose qui peut arriver chez les personnes âgées de rater une marche... Là c'est clairement un événement indésirable... C'est grave, parce que la dame peut avoir une fracture du col du fémur. Et on sait les complications qu'il peut y avoir immédiates et à long terme... Donc oui, c'est un événement indésirable que je qualifierais de grave. Bah, qui est évitable... Je me demande si c'est pas la définition même d'un événement indésirable... Que de toute façon, oui, un événement indésirable est toujours évitable. Enfin, si le téléphone n'avait pas sonné, si le marchepied était mieux installé, voilà... Ça changera quelque chose pour moi, peut-être que oui la priorité est de faire descendre un patient âgé avant d'aller répondre au téléphone...

- *Comment ça était géré dans le cabinet où tu es passé, la fracture du col du fémur ? Est-ce que tu sais ? Vis-à-vis la patiente...*

- Alors, moi j'étais pas témoin direct. Je n'étais pas là. Donc on me l'a raconté. Bah, ça été appel de secours, transfert à l'hôpital et voilà, la dame a été opérée. Ça a quand même marqué les esprits puisque c'était quelque chose qui s'était passé avant mon arrivée, et qu'on m'a raconté dans les premières semaines où j'étais là. C'est quand même un événement qui a marqué parce que c'est pas ce que l'on... On veut qu'un patient rentre dans le cabinet et sorte un petit peu soigné ou voir même guéri, en tout cas avec un projet de soins. Et là, en fait, la dame est partie en moins bonne santé qu'elle n'était arrivée. Donc oui, c'est marquant et ça amène à changer de choses : par exemple s'équiper d'une table électrique qui peut descendre, barre et éviter si une descente de marches... C'est d'ailleurs ce que mon collègue a fait, il a acheté une table derrière, une table électrique... En même temps, il y avait toujours le marchepied et la table électrique restait assez haute [rire]... Parce que finalement, utiliser la télécommande, ben, il faut prendre le temps... Que quelqu'un de 75 ans, on se dit « bon, allez, elle va descendre ». On n'a pas toujours ça en tête non plus. Surtout des patients qui, ben voilà, peuvent être autonomes... Mais le cabinet où ça s'est passé, il y a une barre pour soutenir quand on monte sur la balance... voilà, c'est un cabinet qui est ergonomique pour la personne âgée... Je ne sais pas si ces choses-là ont été faites après la chute. Mais bon, il y a quand même plein de choses pour que les gens se tiennent bien...

- *D'accord... Si ça t'était arrivé, à toi, ça aurait eu un impact sur toi ? Parce que là tu m'as dit qu'au cabinet, ça avait marqué les esprits...*

- Ah oui, oui, si je me retourne et que je vois quelqu'un qui est tombé dans mon cabinet... Oui, ça me choque, ça m'inquiète, ça me remet en question... Je serais très embêté si. Après, il faut aussi voir que la personne pourrait tomber en sortant du cabinet, en ratant le trottoir devant le cabinet... Voilà, après, que ça ait lieu dans l'ensemble du cabinet, mine de rien géographiquement, on est responsable de notre local. Donc oui, la remise en question serait très importante et je serais très contrarié.

- *Et la remise en question, c'est quoi ? Une remise en question professionnelle ? Personnelle ? Les deux ?*

- ... Ouais, les deux... Dans le sens personnel, je me dirais que j'ai été bête, MOI-personne, alors que j'avais quelqu'un qui descendait de ma table. Professionnel, oui, je ferai tout pour améliorer le cabinet comme mon collègue l'a fait. Et je mettrai des barres... la table électrique ça me semble adapté... Voilà, en plus, j'aime bien suivre les personnes âgées. Donc je ferai tout, moi, plus tard pour avoir un cabinet qui peut les accueillir. Après, personnes âgées ou enfants, voilà, je pense que ça peut arriver à tout le monde de rater une marche. Mais c'est vrai que les facteurs de risques intrinsèques et extrinsèques de chute touchent plus les personnes âgées.

- *Tu en parles autour de toi ? Si ça t'arrivait...*

- Ah oui, ah oui...

- *A qui ?*

- À un cercle familial et professionnel. C'est pas quelque chose que je cacherais. Je pense que j'aurais besoin, au contraire, de débriefer. Et ça amènerait aussi peut-être à de nouvelles idées pour améliorer les choses... Ouais, améliorer les choses sur le plan professionnel. Le plan personnel, je pense qu'on a besoin un peu d'évacuer un stress et une contrariété.

- *Le fait qu'on t'en ait parlé rapidement quand tu es arrivé en stage, du coup ça t'a fait réfléchir à comment aménager ton cabinet plus tard ? Ou tu t'en es rendu compte au fur et à mesure parce que effectivement la barre, elle servait...*

- Non, ça m'a tout de suite fait dire qu'il fallait vraiment sécuriser les lieux. Et que c'est vrai que dans un cabinet, les moments un peu difficiles ça va être la descente de la table d'examen, le déshabillage pour les personnes âgées... Donc avoir une petite chaise, un chausse-pied... Voilà, que le moment où ils sont sur un pied ne soit pas trop bancal, qu'ils puissent se déshabiller facilement. Et puis, même, monter sur la balance c'est pas si évident que ça. Donc, oui, je me suis tout de suite dit qu'il fallait sécuriser, enfin, avoir des petites attentions comme ça... Enfin c'est pas des at-

tentions, pour moi c'est normal. On reçoit, on est amené à recevoir des personnes en situation de santé fragile. Donc c'est normal de s'adapter. D'ailleurs, voilà, les cabinets de kinésithérapie c'est toujours plus ou moins en rez-de-chaussée. Ça serait quand même complètement illogique d'accueillir des gens en rééducation au sixième étage sans ascenseur. Donc forcément, je trouve qu'un cabinet médical doit s'adapter à des personnes à mobilité réduite, ou avec des difficultés respiratoires. Enfin, voilà, ça me semble normal.

- *Tu as d'autres choses à rajouter ?*

- Non

- **[lecture de la troisième saynète « erreur de clic »]**

- Euh, oui, donc oui c'est un événement indésirable... Avec la barrière très importante des pharmaciens qui nous corrigent, quand même, régulièrement. D'où l'importance de la collaboration entre les deux professions... C'est effectivement un des biais des aides, des aides à la prescription informatique. C'est vrai que l'on tape les quatre premières lettres et on a des propositions. On croit choisir la bonne et on clique sur celle d'en dessous, c'est vrai que... Et comme il y a les posologies qui sont quasiment mises automatiquement. Des fois, si on ne se relit pas ça peut arriver, quoi... C'est grave ? Oui, c'est grave parce que le pharmacien pourrait ne pas se poser la question... Là c'est vrai que c'est quelque chose d'incohérent dans la nature de la deuxième prescription. Donc c'est comme ça qu'il s'est posé la question. Mais c'est vrai que l'on peut imaginer qu'il y ait moins d'incohérences et que le pharmacien se dise « bon, d'accord » et qu'il délivre. Et là, le patient reçoit un traitement qui ne lui était pas destiné, qui peut être très néfaste pour lui. Donc c'est grave. Alors, comment corriger ça ? C'est vrai que, ben voilà, toujours se relire... être toujours pleinement conscient de la responsabilité qu'on a quand on remet une ordonnance un patient et ne pas vouloir aller trop vite même s'il est 19H30 et qu'on est pressé de rentrer. Je ne sais pas ce que tu...

- *Hum, hum... Comment tu réagis vis-à-vis du patient ? Le pharmacien ?*

- Là, pour le coup, je suis super gêné... Je crois que... Enfin, voilà, ça m'est déjà arrivé que les pharmaciens m'appellent quand j'étais en stage, et ça me remet toujours vachement en question... Ça remet vachement en question mes compétences, et tout... C'est pas des situations très agréables. Après, je suis gêné... Des fois, les pharmaciens je les trouve réconfortants, ils disent « non, mais attendez, ça arrive ! »... Malgré des fois l'image qu'ont les patients du médecin, quelqu'un d'infaillible, l'erreur elle peut-être là aussi. Ben, je crois que je serais gêné. Et je pense que j'en dormirais mal le soir de peur des conséquences que ça aurait pu avoir si le pharmacien n'avait pas rattrapé mon erreur.

- *Hum, hum...*

- Après, pour la suite, c'est très très difficile de dire comment je pourrais éviter ça... Peut-être, finalement, moins utiliser les bases informatiques... Mais bon, c'est pas toujours commode de tout taper à la main. Mais des fois, trop d'aide, bah, on veut aller trop vite. Et finalement, l'écriture, on prend plus le temps et on prend plus conscience de ce que l'on veut écrire que d'utiliser toujours ces raccourcis. Je crois que finalement je me remettrais un peu en question sur l'utilisation de ces logiciels.

- *Hum, hum...*

- Je pense que j'essaierai de plus taper moi-même. Ça me remettrait une piqûre de rappel.

- *Hum, hum... Je passe au suivant ?*

- Ouais, si j'ai répondu aux questions...

- **[lecture de la quatrième saynète « le vaccin »]... Qu'est-ce que tu en penses ?**

- Qu'est-ce que j'en pense ? J'en pense que c'est un événement indésirable mais pour le coup, qui n'est pas très grave. La mère doit être elle-même un peu survoltée d'avoir à surveiller ses quatre enfants. Je pense que là, il faut juste expliquer ce qui s'est passé. Et puis dire « écoutez, vous allez aller le rechercher. Je vous revois dans cinq minutes. Et on le refait. C'est pas grave, quoi ». Je pense que là, pour le coup, je dédramatiserais. Voilà... Ça, ça n'a pas de conséquences. Je pense qu'à un moment il faut aussi accepter de soi-même que l'on peut faire ça, ça arrive. Voilà... Je crois que ça m'est arrivé de faire un hexavalent au lieu d'un pentavalent pour un patient. Et pour le coup, j'en ai pas parlé. Voilà...

- *Hum, hum...*

- Je n'avais pas parlé parce qu'on était dans des délais... ça ne posait pas de problème. Par contre, voilà, je m'en souviens que j'ai fait ça. Mais bon [tape sur ses cuisses]...

- *Ça a un impact sur toi ?*

- Euh, ouais, je m'en souviens à chaque fois que je reconstitue un vaccin. Voilà... Comme je disais tout à l'heure, le signal d'alarme dans le cerveau, une vigilance plus importante au moment où je fais les choses, voilà... Pas faire les choses mécaniquement, jamais. Et c'est vrai que d'avoir eu une fois d'avoir fait cinq, j'ai mon petit signal d'alarme, ouais...

- *Et tu mets en place des choses pour éviter que ça se repasse ?*

- Bah, en fait, je me suis rendu compte que plus j'avais d'ancienneté, c'est-à-dire que j'ai passé un an en ville entre mon stage de niveau 1 et mon SASPAS, plus j'ai fait de vaccins et plus c'était simple aussi pour moi. C'est aussi la répétition, le fait d'en faire souvent... On connaît par coeur... On sait que le priorix, il faut le reconstituer ; que l'hexavalent, il y a le sixième qui est dans une petite... Je pense que c'était aussi le fait d'apprendre, de ne pas connaître, j'ai vu ce truc et je me suis dit « ah, il faut que je l'utilise ». Et j'ai pas réfléchi que, en fait non, que c'était bien le pentavalent. Et maintenant, ça me semble une évidence et j'ai moins d'appréhension. Donc voilà... Finalement, je pense que c'était plus le stress de mal faire qui m'a fait mal faire. Maintenant, l'expérience, un an passé en ville avec des vaccins plusieurs par semaine, maintenant j'ai moins d'appréhension. Après, là, oui on va dire que la situation actuelle du Priorix, bon bah, c'est peut-être qu'il y avait une perturbation externe des enfants qui étaient agités... Ça peut arriver même à quelqu'un qui en fait très souvent. Je pense que ça arrive moins souvent plus on en fait et plus ça devient mécanique : on sait que le Priorix il faut le reconstituer, on sait que le produit est rose et voilà. Je dirai ça...

- *D'accord. Tu as d'autres choses à rajouter ?*

- Euh, non...

- *D'accord. On passe au suivant ?*

- Disons que là, sur celui-là, je dirais que c'est le premier où ça ne me ferait pas avoir des sueurs froides, et ça ne m'empêcherait pas de dormir le soir. Je me dirais « c'est bon, c'est pas grave. Il n'y a pas de conséquences ». Après l'adjuvant, c'est l'adjuvant... Je pense que ce n'est pas dramatique, voilà...

- *D'accord... [lecture de la cinquième saynète « le vaccin bis »]... Qu'est-ce que tu en penses ?*

- Alors, des difficultés à gérer... On se dit « mince, je ne l'ai pas suffisamment vaccinée. Il y a une partie du vaccin... ». Et deuxième dimension « oulàlà, qu'est-ce que la mère va penser ? D'une part, je n'ai pas eu mon rôle de la rassurer elle qui est inquiète. Et d'autre part, elle ne va plus avoir confiance en moi. C'est peut-être une alliance thérapeutique qui ne va pas se faire... » Enfin voilà... Donc les deux dimensions m'embêteraient. Après... Je ne referai pas le vaccin une deuxième fois. Je dirais « écoutez, il y aura les prochaines doses ». Donc je prendrais pas le risque de refaire un vaccin pour dire « voilà, elle a reçu la dose ». Je crois que je dédramatiserais auprès de la mère « oh, bah dis donc, la prochaine fois on la tiendra mieux », voilà... Je pense qu'il faut prendre peut-être les choses, avoir un rôle d'apaisement face à une mère qui est stressée pour un vaccin. Bon, c'est pas fondamentalement justifié. Voilà, je pense que je serais très très vigilante pour le vaccin suivant. Voilà, je me mettrais la pression pour que tout se passe bien au prochain coup, quitte à me mettre un mot dans le dossier. Mais bon, c'est un événement indésirable... Mais, moyennement grave...

- *Du coup, à part être plus vigilante, est-ce que tu mets autre chose en place ?*

- À part je pense que je remettrais en place le maintien plus plus des enfants quand je les vaccine. C'est vrai que des fois, on se dit un peu « aller, gouzi gouzi, on y va » et puis ça se passe bien. Et puis le jour où ça se passe mal, on se dit « non »... Insister pour que les parents les maintiennent, je pense que je remettrais un niveau au-dessus... Ça me ferait me rappeler qu'il faut vraiment les maintenir.

- *Ça aurait un impact sur toi ?*

- Sur un certain temps, je referais ça. Puis je laisserais aller. Je pense que c'est ça... Oui, l'impact d'essayer de modifier mon comportement avec cette petite en particulier sur le deuxième vaccin pour qu'elle ait quand même sa dose. Et puis oui, ça modifierait mon comportement pour un certain temps je pense, je serais peut-être plus vigilante, oui...
- *Et, quand tu me dis « un certain temps »... Parce que tu ne m'as pas dit ça pour les autres fois... Est-ce que ça dépend de ce que tu estimes comme gravité de l'événement indésirable ?*
- Oui, c'est l'impact... Par exemple une fracture du col du fémur, je pense que le changement de comportement est vraiment maintenu sur la durée parce que la conséquence est grave. Honnêtement, changer le vaccin qui est un peu raté, bon, pfff... Oui, on y pense, ça me contrarie sur le moment donc on va y penser pendant un certain temps. Mais, il faut avouer qu'on ne sera pas toute notre carrière super vigilant sur comment les parents tiennent l'enfant. Et ça nous arrivera une deuxième fois, c'est sûr... Ça, j'en suis... Enfin, je pense que ça arrive plusieurs fois dans la vie d'avoir un gamin qui bouge au mauvais moment...
- *Donc, tu n'aurais pas de remise en cause, de remise en question...*
- Sur le très long terme, non. Je t'ai dit que je changerais... Je l'aurais dans un coin de ma tête, disons que j'aurais un signal d'alarme qui s'amenuise avec le temps...
- *D'accord...*
- Voilà, je vois ça comme ça...
- *D'accord. Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Je n'en ai pas, ça va...

- **[lecture de la sixième saynète « problème de compréhension »]**
- Oui... Alors, là, c'est... c'est grave dans le sens où voilà, il y avait potentiellement un risque vital si l'infection s'aggravait, que le patient était en sepsis, voilà... Après, là c'est compliqué... C'est un peu deux personnes, deux individus qui ne se sont pas compris. Et peut-être que c'était très compliqué pour le médecin de voir que le patient n'avait pas compris : s'il acquiesçait, si... Et puis peut-être qu'il avait compris, et que finalement il n'a pas eu envie d'y aller. Enfin, là, je sais pas si... Je ne sais pas si je me dirai « mais, est-ce que vraiment il a pas fait exprès ? ». Je ne sais pas si des fois, là, je ne me dirais pas qu'il n'est pas sérieux aussi avec sa santé, lui... Pour une remise en question, c'est vrai que dans une situation similaire ultérieure, je ne vois pas le médecin prendre sa voiture et amener le patient aux urgences. Je veux dire, il y a toujours un risque que le patient, même s'il a bien compris, n'exécute pas tout à fait les recommandations qu'on lui a données. Donc, c'est la complexité du métier... C'est une alliance thérapeutique. Et le patient reste quand même maître de ses actes. Après, peut-être que j'appellerai un tiers... Enfin, je lui dirais « est-ce que vous n'avez pas quelqu'un qui parle mieux le français ». Ça, ça m'est déjà arrivé, bah en gêner coup là où je suis, d'appeler un voisin... Pour une patiente qui ne parlait pas du tout français, pour comprendre ce qu'il arrivait. Je pense que si on perçoit la non-compréhension ou la compréhension insuffisante, il faut se donner toutes les chances... Donc, voilà, peut-être prévenir quelqu'un. Mais c'est pas toujours possible, la personne ne comprend pas toujours qu'on veut joindre quelqu'un. Enfin, voilà, il y a un moment ça dépasse aussi un petit peu de possibilités, quoi...
- *Du coup, pour toi, là, il y a un événement indésirable ou pas ?*
- ...
- *C'est pas obligé...*
- Non, là je trouve que c'est compliqué... C'est compliqué de dire qu'il y a un problème dû à la prise en charge... Il y a sûrement des choses à corriger. Mais... L'événement indésirable on l'impute quand même au médecin. Donc là, dire que le médecin a fait quelque chose de mal, je trouve que c'est compliqué.
- *D'accord... Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non

- **[lecture de la septième saynète « visite à domicile »]**
- Ouais, alors...pff... C'est pas très grave... c'est pas très grave dans le sens où, là, en l'occurrence c'est la fille qui s'en est rendu compte rapidement parce qu'elle suit les ordonnances de sa mère. Nous, en rentrant au cabinet, en rentrant de la visite on se rend compte qu'effectivement on avait ce courrier qu'on avait pas revu. Et on se dit « zut, je ne l'ai pas fait le bon renouvellement », on corrige. En médecine générale, on a quand même le temps, la possibilité de retourner voir les gens. Là, on est dans le traitement d'hypertension. Les antihypertenseurs ça va pas mettre en péril sa vie si on les change pendant trois jours, ou si pendant un mois elle retourne à son ancien traitement et qu'elle est un petit peu moins bien équilibrée. Je pense que là, la chose modifiable dans l'affaire c'est de toujours jeter un coup d'œil au dossier du patient avant de partir en visite. Chose que je faisais systématiquement en stage parce que j'avais besoin de relire le contexte. J'avais du mal à partir en visite sans relire les derniers événements. Donc, moi, je vois ça qui modifiable. C'est vraiment en rejetant un coup d'œil au dossier avant. Après, c'est un événement indésirable qui n'a pas vraiment de conséquences très graves... Alors, après, ça dépend de la nature du traitement. Si la dame entre-temps elle a fait un infarctus et qu'on reprend l'ordonnance où il n'y a pas les antiagrégants plaquettaires, qu'on oublie de les remettre... Bon, après, c'est aussi le rôle du médecin de savoir ce qui est arrivé dans l'histoire médicale de son patient. Je pense que vraiment un fait marquant, le médecin traitant est au courant. Je pense que voilà, ça peut arriver sur des traitements pas de pathologie aiguë... Voilà... Bon, je ne me dirais pas que... Encore une fois, ça modifierait mon comportement. Je me dirai « ah zut ! J'ai été bête. J'avais vu ce courrier et je l'ai oublié ». Ça me remettrait à lire le dossier avant d'aller en visite, quoi...
- *Comment tu gères vis-à-vis de la patiente et de sa fille ?*
- Je pense qu'il faut être franc jeux et dire « ah, bah oui. Effectivement, c'est une erreur. Oui, oui, c'est un oubli ». Les gens ne seront pas intransigeants, ils comprennent que l'on peut faire une erreur tant que l'on corrige et que l'on se donne les moyens de faire mieux la prochaine fois. Je pense que voilà, il ne faut pas non plus s'attendre à ne jamais faire d'erreur comme ça. Je pense que ça arrive...
- *Ça un impact sur toi ? Alors, pas sur ta pratique... Tout à l'heure tu me parlais de remise en question, est-ce que là ça te remet en question ? Personnellement ? Professionnellement ?*
- Ouais, peut-être que je me dirai « il me faut partir en visite en ayant relu le dossier » ou alors « il faut que le dossier médical soit accessible quand je suis en visite ». Et donc, opter éventuellement pour un portable... Enfin, voilà un ordinateur portable... Me donner les moyens pour que ce genre de choses m'arrive moins. Oui, la remise en question, elle serait professionnelle, c'est-à-dire avoir plus de professionnalisme. Mais bon, après, je pense qu'il y a un moment où il faut arriver à ne pas toujours se remettre en question sur tout, sur ses compétences dès qu'il nous arrive quelque chose comme ça parce que sinon on passerait notre temps à se dire qu'on est mauvais. Il y a un moment où il faut passer un peu au-delà et se dire « bon, là c'est une erreur. Je change, je m'améliore », se donner les moyens de faire mieux, mais sans non plus tout remettre en question. Sinon, on ne dormira jamais le soir, je pense. [rire]
- *[rire]... D'accord... Tu as d'autres choses à rajouter ?*
- Non, ça va...

- **[lecture de la huitième saynète « examens complémentaires non lus »]**
- Alors... Alors ça c'est valable parce qu'effectivement les laboratoires envoient maintenant les résultats par mail. Ceci dit je ne sais pas comment on fonctionnait avant mais je pense qu'on attendait que les patients nous rapportent les résultats. Là, est-ce qu'il y a une urgence à traiter ? Non, je ne dirais pas qu'il y a un événement indésirable. Il n'y a pas vraiment de retard de prise en charge. On doit essayer au maximum de voir les résultats, effectivement. Mais pour peu qu'on parte en congé ou qu'il y ait un week-end prolongé, ou quoi, les résultats ne sont pas toujours lus dans l'immédiat et ça n'a pas de, de... Enfin, là, je ne vois pas d'événements indésirables, quoi...
- *D'accord. Je passe au suivant...*

- Hum...

- [lecture de la neuvième saynète « interactions médicamenteuses »]

- Donc là, c'est une interaction médicamenteuse pas anticipée. C'est indésirable. L'hypoglycémie c'est grave. C'est grave et évitable. Si on avait eu plus ça en tête, si on avait mieux connu... C'est évitable aussi par les logiciels qui nous permettent d'avoir des alertes « interactions médicamenteuses ». C'est là que l'on se dit que quand on prescrit des médicaments, il faut toujours réfléchir à l'indication, aux effets secondaires, aux interactions médicamenteuses. Et que parfois, on voit un symptôme et on veut mettre le traitement, et on en oublie un peu le reste. On veut agir sur ce que l'on a trouvé... je crois que je relirais bien le Vidal, je relirai un petit peu toutes les interactions qui peuvent y avoir avec les sulfamides hypoglycémisants. Ça me resensibiliserait sur la question des sulfamides hypoglycémisants, et des antifongiques qui ont quand même pas mal d'interaction. Donc je crois que je me referai un petit topo. Et je serais... Oui, ça me remettrait en question professionnellement, quand même.

- D'accord. À quel point ?

- Dans l'action, c'est-à-dire que ça me ferait changer... Oui, ça me ferait relire, ça me ferait... Voilà...

- Ça te permettrait...

- De me reformer

- D'accord. Comment tu gères vis-à-vis de la patiente ?

- Bah, je pense que je ne lui montrerai pas à quel point je me remets en question moi. Je lui dirai « Ah ! Oui ! Effectivement, ça peut être le médicament que je vous ai donné qui fait baisser un petit peu le sucre ». Là, j'expliquerais peut-être le mécanisme de manière un peu simplifiée. J'agis en changeant la prescription, mais sans trop insister, en fait.

- Pourquoi ?

- Parce que je pense qu'il faut agir. Mais il ne faut pas non plus montrer au patient trop de doutes. Je pense que c'est important aussi pour que lui garde une certaine confiance de ne pas trop se tirer une balle dans le pied, en fait. Voilà...

- Quand tu dis « ne pas montrer trop de doutes », c'est-à-dire ?

- Bah, rester... Voilà, lui montrer qu'on agit mais sans, sans lui faire part de toutes nos angoisses [rire]

- D'accord. [rire]

- Voilà, je pense qu'il ne faut pas... Il ne faut pas se tirer les cheveux et lui dire « ah, là là, tout ce que vous auriez pu risquer ». Je pense que c'est important que le médecin, voilà, reste... Je pense que c'est important de rester droit, décideur. Que le patient sente que l'on a confiance en nous et que lui du coup soit rassuré. C'est important. Voilà, je pense qu'il ne faut pas qu'il y ait des inquiétudes vis-à-vis de la prise en charge.

- Par rapport à d'autres cas où tu m'as dit « on joue franco, cartes sur table », du coup, ici c'est un peu différent. Qu'est-ce qui change pour toi ?

- Alors, pourquoi ça change, là ? Parce que ça aurait dû être évité. En fait, là, c'est que c'est vraiment pas bien. C'est même pas que c'est évitable, ça devrait être évité ce genre de choses. C'est un peu notre... Donc, c'est compliqué face à quelqu'un de dire « écoutez, voilà, je suis à côté de la plaque ». Voilà, c'est compliqué. Donc c'est peut-être ça qui me... Finalement, je serais peut-être moins franche parce que finalement c'est quelque chose qui m'embêterait vraiment. J'aurais vraiment... Être passé à côté d'une interaction médicamenteuse que je devrais connaître, quoi. Parce que c'est quand même de classe médicamenteuse que l'on prescrit... Qui sont prescrites assez souvent. Voilà...

- Par rapport aux définitions que tu m'as données, si je me souviens bien, est-ce que là ça rentre plus dans...

- Dans l'erreur, ouais... Je crois que ouais... Ouais, voilà, je crois que c'est ça. C'est que c'est même pas évitable, c'est que c'est même pas indésirable, c'est une erreur.

- Ça devrait pas arriver...

- Ouais

- D'accord

- Voilà, je pense que c'est ça.

- Tu as d'autres choses à rajouter ?

- Non

- [lecture de la dixième saynète « allergie médicamenteuse »]

- Alors, là... C'est... C'est vraiment indésirable dans le sens où le recueil des antécédents et notamment les allergies, ça fait vraiment partie de l'examen clinique du patient. À la limite, ça doit être fait une bonne fois pour toutes à la première consultation. Les événements importants doivent être notés de manière évidente dans le dossier. Je pense que cela te redemanderait à chaque fois que l'on prescrit un antibiotique « pas d'allergie ? ». Ça prend peu de temps. Là, c'est quand même fâcheux que ce soit noté dans le dossier du pharmacien, et pas dans le dossier du médecin traitant. Donc, oui c'est grave dans le sens où les conséquences de réactions allergiques graves c'est quand même très embêtant. D'autant plus que c'était connu... C'est pas la patiente de nous le dire, c'est à nous de le savoir, c'est à nous de s'en souvenir. La patiente nous l'a dit une fois, c'est à nous de nous en souvenir. Ça veut dire que le dossier médical a été mal géré, quoi. Encore une fois, c'est aussi là que le rôle du pharmacien est super important. Et heureusement que l'on a ces garde-fous, quoi. Et c'est aussi comme ça que l'on fonctionne bien. Bon, là, ça a été évité, c'est bien. Et ça doit modifier notre comportement, nous faire redemander à chaque fois... Je pense que là-dessus, il faut être systématique.

- Comment tu gères, tu réagis vis-à-vis la patiente ?

- Bah, du fait que ça a été évité, je pense que là c'est pareil je dis « ah, bah écoutez, je n'avais pas noté »... Peut-être que c'était antérieur au suivi que j'ai eu avec elle. Enfin, voilà, là ça a été évité, je suis à l'aise, quoi.

- Hum, hum...

- Après, elle aurait été envoyée en Réa ou en hospit parce qu'elle aurait refait une réaction allergique grave. Là, là, c'était une erreur. Voilà, là je lui dirai « oui, oui, écoutez, je n'avais pas noté. Je note en haut dans votre dossier ». À la limite, je lui dirai « il faut toujours le rappeler à chaque fois ». Je la responsabiliserais aussi, parce qu'un allergique, il doit aussi toujours penser à le dire. Voilà...

- Donc de l'éducation de la patiente...

- Ouais

- OK. Je passe à la suite ?

- Ouais

- [lecture de la onzième saynète « consultation par téléphone »]

- Alors, pour moi, il n'y a pas d'événements indésirables dans le sens où l'état de l'enfant... Si, l'événement indésirable qu'il y a eu, c'était peut-être de lui expliquer les signes de gravité vraiment très clairement par téléphone et de lui dire, peut-être, de consulter vite, avant le lendemain, si elle le trouvait s'aggraver. Voilà... Si dans la nuit il était déjà apathique, ça aurait dû être clairement dans sa tête qu'il fallait l'emmener pour une réhydratation en urgence. Après, je pense que là, il y a quand même eu un rendez-vous de fixer. L'enfant est vu dans un délai de douze heures plus tard. Donc, ce n'est pas... On ne va pas laisser dans la nature. On a quand même essayé de répondre à la demande. On ne peut pas non plus voir tout le monde. Donc, l'important c'est de délivrer un message clair et limpide par téléphone si on n'est pas en mesure de recevoir l'enfant. Le but, c'est quand même d'essayer de les voir le plus possible, voilà. Là, il y a peut-être eu un message qui n'a pas été assez clair. Ou alors aussi, une personne que l'on ne connaissait pas et on ne savait pas à quel point elle était capable de gérer la situation, de comprendre les informations qu'on lui délivrait. Donc, c'est vrai que c'était peut-être un peu léger, voilà. Mais, en même temps, on aurait pu nous reprocher de l'envoyer directement aux urgences. C'est toujours une situation qui est compliquée. Les consultations par téléphone c'est toujours délicat. Et c'est pour ça que je dis que la responsabilité n'est pas forcément là dans le sens... Enfin, voilà, c'est pas une consultation par téléphone. C'est un entretien... Donc, c'est... De là à dire que le médecin qu'il a eu au téléphone a fait une erreur, c'est compliqué. Enfin, c'est un peu... C'est un peu difficile, quoi.

- Hum, hum...
- Je pense que le plus important quand on est pas en mesure de recevoir quelqu'un, c'est de... On ne peut pas juger de la gravité par téléphone... C'est de lui donner toutes les clés : lui expliquer ce qu'il doit faire consulter en urgence ou ce qui peut lui permettre d'attendre le lendemain. On est toujours tenté de voir les enfants le soir même. Moi, ça m'est arrivé de voir mes maîtres de stage me dire « bon, écoutez, on remet ça demain. Et si il y a tel ou tel signe, vous allez aux urgences ». Ça me semble... Acceptable d'avoir agit comme ça, quoi... Après, on ne sait pas, l'état de l'enfant c'est peut-être accéléré en fin de nuit. Et au final, on l'aurait vu la veille, on aurait peut-être prescrit un soluté de réhydratation qui n'aurait pas suffi. Et le lendemain matin, il aurait dû aller aux urgences. On ne peut pas refaire le monde. Et là, du coup, de dire qu'il y a un événement indésirable, je trouve ça compliqué. Voilà...
- D'accord. Si ça t'arrivait, ça aura un impact, ou du coup pas ?
- Bah, peut-être que je me dirais... Que un peu par excès, j'adresserais peut-être un petit peu plus facilement aux urgences par téléphone pour me dédouaner un peu. Mais en même temps, peut-être que j'insisterai bien sur les signes de gravité, je vérifierai le niveau de compréhension. Je ferais peut-être redire aux parents « est-ce que vous avez compris ? Qu'est-ce qui doit vous amener à consulter ? » Je ferais peut-être comme ça, quoi...
- D'accord. Là, comment tu gérais et la maman ?
- Comme si... Je pense que ça ne changerait pas mon comportement. Je verrais un enfant qui a des signes de gravité. Je m'adresse aux urgences. Je ne reviendrai pas forcément sur « Ah, on aurait dû y aller hier soir ». Je prendrai en charge à l'heure où je le vois. Et je lui dirai la conduite à tenir à l'heure actuelle. Sans trop tenir compte de ce qui aurait pu se passer si...
- D'accord. Tu as d'autres choses à rajouter ?
- Non
- [lecture de la douzième saynète « le confrère »]
- Donc en gros, le patient était perdu dans la nature, c'est ça ?
- Hum, hum...
- Alors, moi j'avais eu le message comme quoi il était pris en charge par un confrère, qu'il était pris en charge par le pneumologue c'est ça ?
- Heu, non. En fait, le pneumologue t'appelle pour dire qu'il n'y a rien au niveau du scanner pour lui mais par contre qu'il voit quelque chose au niveau du tiers supérieur de l'œsophage. Et qu'il aimerait que tu fasses quelque chose. Qu'il te le renvoie quoi. Et il t'envoie un courrier.
- Donc, en fait, c'est là qu'il y a eu mauvaise compréhension entre le pneumologue et le patient puisque le patient n'a pas reçu le message. Et donc moi, je n'ai pas revu le patient, je n'ai pas pensé à le rappeler... peut-être en me disant qu'il était pris en charge ailleurs, ou tout simplement en ne pensant pas à lui, quoi... Oui, là il y a un défaut de prise en charge, clairement. Le patient n'a pas été adressé à temps au spécialiste compétent. Enfin, il n'y a pas eu les explorations qui auraient dû être faites à la suite, quoi. Donc, il y a un événement indésirable... Voir une erreur médicale. Mais en même temps, c'est un problème de communication entre trois personnes : deux médecins et un patient. Donc là... Je ne sais pas si on peut parler d'erreur médicale. Je ne sais pas si le patient peut considérer que c'est une erreur de la part des médecins. En tout cas, l'événement indésirable c'est qu'il y a clairement un retard à la prise en charge, une grosse perte de chance pour ce patient. C'est regrettable. En même temps, les responsabilités sont compliquées. Je ne sais pas si le généraliste est en mesure de penser à tous ces patients, de rappeler tous les patients pour lesquels il a eu un coup de fil. Enfin, c'est de l'ordre de l'impossible, quoi... Donc, comment modifier ça... Là, je pense que c'est aussi l'affaire du spécialiste de faire un courrier aussi au gastro... Tu peux c'est quand même à celui qui voit les choses d'adresser d'emblée, ou alors de faire un courrier au généraliste... Que le message de reconsulter soit clair. Parce que là, en gros, le patient est reparti avec ses résultats et il n'avait pas dû avoir un message évident pour ne pas reconsulter... Après, ça peut aussi... C'est peut-être un peu tordu... on peut imaginer que le patient, c'est une espèce de déni, que reconsulter c'était compliqué pour lui et que finalement ça l'arrangeait de rester à distance du corps médical... Je ne sais pas... Là, franchement, il y a un événement indésirable lié aux trois... Avec responsabilité partagée... Et franchement, modification... Bah ouais, un courrier, quoi... Je pense remettre physiquement, remettre un courrier, un papier à un patient en lui disant « ça, vous allez le donner vous-même à un confrère », il y a un message. Le patient devient le messenger entre deux médecins pour sa santé. Il sent bien qu'il a quelque chose à redonner, c'est physique quoi. Parce que c'est vrai que même un courrier envoyé par mail en disant « je préviens votre médecin, je lui envoie un mail », le patient peut ne pas avoir la communication. Donc, ouais, peut-être la remise d'un courrier donne l'image au patient qu'il faut qu'il aille voir son médecin.
- Hum, hum...
- Je dirai ça... Après, c'est regrettable. Mais je ne vois pas trop comment modifier les choses, en fait.
- D'accord. Ça a un impact sur toi ?
- Ha bah oui ! Là, je me dis « Zut ! Comment ça a pu se passer ? Je n'ai pas repensé à lui ». Voilà, après, je crois que c'est compliqué quand on voit le nombre de patients qu'il y a, par médecin généraliste... C'est compliqué de repenser à tout le monde. Voilà, on passe. On se dit « voilà, je ne l'ai pas revu », et on oublie. Enfin, voilà, c'est compliqué...
- Et comment tu gérais vis-à-vis du patient ?
- Ben, j'essaie de comprendre. Là, j'essaie de comprendre ce qui s'est passé, pourquoi il n'est pas venu. Là, je me bouge pour qu'il soit pris en charge vite. J'essaie de comprendre ce que lui, avait compris de son côté. Et je me démène pour qu'il aille voir un confrère rapidement en expliquant que ça date déjà de six mois que là, il faut se bouger. Ça me fait un peu me débattre pour lui, quoi...
- Hum, hum... Parce que sinon tu ne te serais pas débattu pour lui ?
- Non, mais peut-être une implication... En tout cas dans la prise des rendez-vous, par exemple. Tout simplement, il y a des patients que j'adresse même quand ça peut être un diagnostic un peu embêtant, je leur fais un courrier mais je ne suis pas à prendre mon téléphone forcément pour prendre rendez-vous. Ça m'arrive... mais pas pour tout le monde. Là, franchement, je le ferais. À la consultation où je le vois, il part avec un rendez-vous... pour pas que la chose se reproduise. En tout cas, pour que de mon côté je n'ai pas de regrets que ça se passe une deuxième fois. Après, si le patient n'y va pas, on pourra se dire que c'est un patient qui veut échapper au traitement, qui n'accepte pas sa maladie, qui n'a pas envie de savoir. Un moment... Mais, en tout cas, moi, je ferai tout pour ce soit net.
- D'accord. Tu as d'autres choses à rajouter ?
- Non, ça va...
- Alors, la discussion que l'on a eue là, est-ce que ça t'a fait modifier ta vision des événements indésirables ? Ou pas forcément...
- Oui, dans le sens je me suis rendu compte à quel point on les rencontre...
- [rire]
- J'avais pas réalisé à quel point ça pouvait être fréquent. En fait, les événements indésirables, ces toutes les petites contrariétés que l'on peut avoir... Vraiment, c'est très fréquent, quoi. C'est tout ce qui ne se passe pas comme on l'aurait voulu... Et c'est quotidien ! Après, avec des degrés de gravité différents, comme on a vu. Mais c'est quand même très fréquent.
- Là, en gros tu m'as dit qu'un événement indésirable s'était tout ce qui ne se passe pas comme on l'aurait voulu. C'est pas exactement la définition que tu m'as donnée tout à l'heure. Est-ce que du coup, ça là c'est un peu modifié, ou est-ce que tu rajouterais quelque chose dans sa définition ?
- Alors, un événement indésirable j'avais dit que c'était quelque chose qui ne devait pas se passer, qui était évitable... Ouais, là, ça l'a un peu enrichi dans le sens où c'est tous les événements, les remises en question que l'on peut rencontrer... Aussi petites soient-elles... Mais ouais...
- OK. Est-ce que tu trouves que dans nos études on est suffisamment sensibilisé aux événements indésirables ? Est-ce que tu en avais déjà entendu parler ?

- Alors, le thème « événement indésirable », non parce que tu vois je n'étais même pas vraiment capable de le définir... Après, j'ai l'impression qu'on avait quand même un petit peu parlé... Plus des erreurs médicales, voilà... Non, je ne pense pas qu'on est très formé parce que c'est des choses très pratiques, finalement. C'est pas de la théorie. Chaque situation étant particulière on ne peut pas avoir tout anticipé. C'est un apprentissage vraiment individuel sur l'expérience. Après, il y a le partage expérience qui peut faire progresser... En en discutant avec les confrères. Je pense que c'est super important d'en discuter avec des confrères, ou quoi, quand ça nous arrive... Pour progresser... Pour voir comment les autres font... Voilà
- *Et du coup, pendant nos études... Parce que par exemple à Paris V, le jeudi matin il y a des groupes d'échanges...*
- C'est justement à ça que je pensais parce que c'est une initiation au groupe de pairs. Et c'est là que c'est un vrai partage d'expérience. Et c'est du savoir d'expérience, pas du tout du savoir théorique comment on le fait à la fac avant, en deuxième cycle. Et c'est fondamental... D'apprendre à être médecin...
- *Et tu en as eu suffisamment des groupes de pairs pendant tes études ? Puisque tu as fait un an en tout en ville ?*
- Non, mais par contre c'est une initiation qui te fait savoir que ça existe, et que c'est utile... Et que dans ta pratique ultérieure il faudra poursuivre. Ces groupes-là, c'est un avant-goût qui te dit « tiens, c'est ce qui peut se passer dans un groupe de pairs. Ça m'avait quand même bien servi. Je vais le refaire quand je serais installé ».
- *D'accord. Est-ce que là, spontanément, tu as des événements indésirables à me raconter ? À part ce que tu m'as déjà évoqué. Et qui te viendraient à l'esprit... Ça peut être à l'hôpital, en ville... Quelque chose qui t'a marqué...*
- Oui, je t'en ai déjà raconté quelques-uns... Un nouvel... Ouais, j'ai confondu des patientes à qui j'avais prescrit des BHCG, qui étaient dans deux situations complètement différentes puisque l'une souhaitait un enfant, et l'autre était en foyer pour personnes handicapées et elle avait eu une aventure d'un soir avec quelqu'un qu'elle ne connaissait pas. Et elle était hyper inquiète d'être potentiellement enceinte... Avec pas du tout ni les possibilités intellectuelles ni les possibilités financières d'avoir un enfant. Et en fait, quand la personne m'a appelé j'ai pensé à la première, alors qu'en fait c'était la deuxième. Et je lui ai annoncé qu'elle était enceinte, alors qu'elle ne l'était pas. Voilà... Et du coup, je m'en suis rendue compte que le lendemain parce qu'en fait la réaction de la personne au téléphone n'était pas celle que j'attendais puisque je pensais qu'elle allait être contente. Donc, je lui dis « écoutez, on va se voir, je vous expliquerai tout » parce que je voyais que le message n'était pas bien passé. J'ai vu débarquer la deuxième personne le lendemain et c'est là que j'ai compris mon erreur. Et en fait, elles avaient de nom de famille proche. Donc, du coup, donner des informations par téléphone c'est toujours compliqué... La confusion d'identité ça peut toujours arriver... Je n'ai pas fait assez répéter, je suis tout de suite parti sur la première. Et ça m'a vraiment, vraiment embêté.
- *Et du coup, comment tu as géré vis-à-vis la patiente ?*
- Je lui dis que c'était une erreur... que c'était pas elle que j'attendais... C'est un peu embêtant quoi... Mais bon, finalement, c'était dans le bon sens. Ça c'est très, très bien passé. J'avais plus qu'à la rassurer et à lui dire « attendez, là il y a eu un problème. On revient au départ. Votre test est négatif ». Ça n'a été que de la réassurance... Donc au final ça s'est bien passé. Et ça ne m'a pas traumatisé parce que finalement tout s'est bien fini... Si ça m'était arrivé dans l'autre sens : d'annoncer à quelqu'un « mais non, vous n'êtes pas enceinte » alors que finalement... Avec toutes les conséquences que ça peut avoir... Oui, là ça aurait été autre chose. Voilà...
- *OK, merci...*
- De rien