

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2015

N°31

**IMPACT DE L'ERREUR MEDICALE SUR LE MEDECIN
GENERALISTE
ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE 14 MEDECINS DE L'OISE**

THESE PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

LE 09 AVRIL 2015

PAR

Mélanie MACRON

PRESIDENT DU JURY

JUGES

Monsieur le Professeur STRUNSKI

Monsieur le Professeur MAZIERE

Monsieur le Professeur MACRON

Monsieur le Professeur TOUSSAINT

Monsieur le Professeur JUNG

DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Professeur JUNG

À mon président du jury

Monsieur le Professeur Vladimir STRUNSKI

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Oto Rhino Laryngologie)
Chef du Service ORL et Chirurgie de la face et du cou
Pôle des 5 sens
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse.

Veillez recevoir l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À mes juges

Monsieur le Professeur Jean-Claude MAZIERE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Biochimie et biologie moléculaire)
Laboratoire de Biochimie
Pôle "Biologie, pharmacie et santé des populations"
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous avez accepté de participer à ce jury.

Veillez recevoir l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À mes juges

Monsieur le Professeur Jean-Michel MACRON

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Physiologie)
Chef du Service Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux
Pôle Autonomie

Vous avez accepté de participer à ce jury.

Veillez recevoir l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À mes juges

Monsieur le Professeur Patrick TOUSSAINT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Neurochirurgie)

Vous avez accepté de participer à ce jury.

Veillez recevoir l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À mes juges

Monsieur le Professeur Georges JUNG

Département de Médecine Générale

Vous m'avez accueillie dans votre cabinet pour mon dernier stage d'interne. Vous avez accepté de diriger cette thèse.

Veillez recevoir l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

REMERCIEMENTS

À mes parents **Brigitte et Michel** pour m'avoir soutenue et accompagnée tout au long de ces années. Merci d'être toujours là pour moi. Je vous aime.

À mes beaux-parents **Annick et Frédéric** pour m'avoir ainsi accueillie dans votre famille et pour m'avoir donné un mari formidable.

À mes frères et sœur **Franck, Alexandre et Sophie** pour l'amour que vous me portez depuis 30 ans.

À ma belle-sœur **Perrine** qui est devenue une seconde sœur pour moi, merci de ta joie de vivre.

À mon mari **Pierre-Yves** pour tout l'amour que tu m'apportes au quotidien, pour les deux merveilleux enfants que tu m'as donnés, pour m'avoir soutenu tout au long de la réalisation de ce travail, pour avoir lu et relu ma thèse et m'avoir redonné confiance quand je doutais. Merci de me supporter. Je t'aime.

À **Pierre-Louis et Eugénie**, mes trésors, vous illuminez ma vie.

À **Jean-Louis, Frédéric et François** pour m'avoir invitée à vous rejoindre dans votre cabinet.

À tous les **médecins généralistes** qui ont accepté de participer à mon étude, sans vous ce travail n'aurait pas été réalisable.

TABLE DES MATIERES

I – INTRODUCTION	3
II – MATERIEL ET METHODE	5
A / SELECTION DES MEDECINS INTERROGES	5
B / METHODE D’ENTRETIEN	5
1- Réalisation du guide d’entretien	5
2- Réalisation des entretiens	6
3- Transcription et analyse des données	6
III – RESULTATS	7
A / DONNEES QUANTITATIVES	7
1- Données générales des entretiens	7
2- Données socio-démographiques	7
B / LES FAITS	8
1- Type d’erreur	8
2- Réactions du patient et/ou de sa famille	9
3- Réactions du corps professionnel	10
C / OPINION DES MEDECINS	11
1- Sur les causes de l’erreur	11
2- Impact et gestion	12
a) Les confidents	12
b) Soutien	12
c) Impact psychologique	13

d) Mécanismes de défense	17
e) Impact professionnel	18
f) Durée de l'impact	20
D / CHANGEMENTS A APPORTER	20
1- Au niveau du système de soins	20
2- Au niveau médico-légal	20
3- Au niveau des patients	21
4- Dans la pratique professionnelle	21
5- Dans la conception de la médecine	22
IV – DISCUSSION	23
A / À PROPOS DE NOTRE TRAVAIL	23
1- Choix du sujet	23
2- Choix de la méthode	23
3- Difficultés rencontrées et limites de l'étude	24
B / À PROPOS DES RESULTATS	25
1- Type d'erreur	25
2- Impact de l'erreur	26
3- Gestion de l'erreur	29
4- Changements à apporter	30
V – CONCLUSION	34
BIBLIOGRAPHIE	35
ANNEXES	38

I - INTRODUCTION

Au cours de sa carrière, tout médecin peut un jour être confronté au fait de commettre une erreur. Il peut s'agir d'un simple incident ne causant aucun préjudice au patient ou d'un événement beaucoup plus grave mettant en danger la vie du patient.

En 1999, Kohn [1] jette un pavé dans la mare en publiant aux États-Unis un rapport intitulé « To Err is human », l'erreur est humaine, dans lequel il estimait entre 44 000 et 98 000 le nombre de décès annuels dans les hôpitaux américains secondaires à une défaillance médicale. C'est suite à ce rapport que le Royaume-Uni puis la France se sont intéressés au sujet des événements indésirables liés aux soins en créant un observatoire des risques médicaux.

En 2004, l'étude ENEIS (Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables liés aux Soins) est la première étude à avoir quantifié le nombre d'hospitalisations en rapport avec un dysfonctionnement médical [2]. Elle portait sur 71 établissements de court séjour et parlait de 175 000 à 200 000 hospitalisations causées par des événements indésirables graves de ville et retrouvait 350 000 à 460 000 événements indésirables graves survenant en cours d'hospitalisation, soit environ 600 000 événements indésirables graves par an dont la moitié étaient considérés comme évitables.

Depuis la loi du 13 août 2004 [3], le système de soins français est organisé autour du médecin traitant par l'intermédiaire du parcours de soins coordonnés, ce qui implique qu'une grande proportion des actes réalisés chaque année concerne des soins primaires.

C'est en 2013 qu'est réalisée l'étude ESPRIT (Etude nationale en Soins PRIMaires sur les événements indésirables) [4], première étude à s'intéresser à l'incidence des événements indésirables associés aux soins en médecine générale, auprès de 125 médecins généralistes tirés au sort. Parmi les 13 438 actes recensés par les médecins participants, on retrouvait 475 événements indésirables associés aux soins, soit 22/1000 actes et un événement tous les deux

jours par médecin généraliste. Une nouvelle fois, la moitié d'entre eux étaient considérés comme évitables.

Partant de ce constat, la prise en charge de l'erreur médicale et de ses conséquences est donc devenue un véritable enjeu de santé publique et des mesures croissantes ont été mises en place afin de garantir au mieux la sécurité des patients et la prise en charge des victimes et de leurs proches. Cependant, peu d'attention a été accordée à la prise en charge du médecin lui-même. Pourtant, comme l'écrit Galam [5], l'erreur médicale peut être considérée comme « un accident du travail à deux victimes » : si la souffrance du patient et de sa famille est évidente, celle du médecin impliqué dans un tel événement n'en est pas pour le moins réelle.

La question que l'on peut se poser est la suivante : comment les médecins généralistes vivent-ils leurs erreurs médicales ?

L'objectif principal de notre étude était donc d'évaluer l'impact professionnel et personnel des erreurs médicales sur les médecins généralistes : ce qui les marque et les processus qui en découlent. Nous nous sommes également attachés à chercher les améliorations à apporter pour les éviter et mieux les gérer, notamment en termes de formation.

II- MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de l'Oise.

A/ SELECTION DES MEDECINS INTERROGES

Les médecins interrogés ont été choisis par ordre alphabétique dans l'annuaire des pages jaunes de l'Oise. Ils ont été contactés par téléphone. Au cours de cet entretien téléphonique, je leur expliquais le but de mon travail et nous fixions, s'ils étaient d'accord pour me rencontrer, une date et un lieu de rendez-vous pour réaliser l'entretien « face à face ».

B/ METHODE D'ENTRETIEN

1- Réalisation du guide d'entretien (Annexe 1)

Le guide d'entretien a été réalisé avant le début de la phase de recrutement des médecins. Il permettait de guider la discussion selon des thèmes préétablis afin d'aborder les mêmes points avec tous les médecins interrogés et afin de permettre des relances si besoin. Dans un premier temps dit de présentation, afin d'établir la relation enquêteur-enquêté, je rappelais le but de mon travail et dans quel cadre il s'inscrivait et je demandais au médecin interrogé de se présenter brièvement de manière anonyme (âge, sexe, durée d'exercice professionnel et mode d'exercice).

Dans un second temps je demandais au médecin de me raconter un ou des événements où il avait commis une erreur médicale, qu'elle ait eu ou non des conséquences juridiques, en précisant dans quelles circonstances elle avait eu lieu, les conséquences pour le patient et les réactions dont il avait été témoin de la part du patient, de sa famille ou du corps professionnel.

Le troisième temps de l'entretien avait pour but de recueillir leur opinion sur les causes de l'erreur, les responsabilités, l'évitabilité de l'erreur.

Je leur demandais ensuite dans un quatrième temps de me décrire l'impact que cet événement a eu sur eux et la façon dont ils l'avaient géré.

Nous terminions enfin l'entretien par une question plus ouverte où je leur demandais s'ils pensaient qu'il y avait des changements à apporter afin d'améliorer la gestion des erreurs médicales.

2- Réalisation des entretiens

Les entretiens ont tous été réalisés au cabinet du médecin interrogé à la date que nous nous étions fixée lors du premier contact téléphonique. Les entretiens ont été enregistrés, avec accord de l'interviewé, à l'aide d'un dictaphone numérique.

3- Transcription et analyse des données

La retranscription des entretiens a été faite manuellement, sans utiliser de logiciel de reconnaissance vocale, de façon littérale, puis mise en forme sans chercher à corriger les éventuelles fautes de grammaire ou de syntaxe.

Les données qualitatives ont été analysées manuellement, sans logiciel d'aide à l'analyse des données, selon la méthode d'analyse thématique. Nous avons d'abord analysé le premier entretien afin d'identifier les thèmes abordés et les réponses des différents interviewés et d'en extraire une grille d'analyse. Chaque thème et chaque idée ont été recherchés dans l'ensemble des entretiens réalisés. Lorsqu'une nouvelle idée apparaissait, elle était recherchée dans tous les autres entretiens jusqu'à saturation des données.

III – RESULTATS

A / DONNEES QUANTITATIVES

1- Données générales des entretiens

Quarante-neuf médecins généralistes de l'Oise ont été contactés, quatre ont répondu ne jamais avoir fait d'erreur médicale, 31 n'étaient pas disponibles au moment de l'appel ou n'avaient pas de temps à consacrer pour un entretien. Nous avons donc obtenu 14 entretiens pour constituer notre échantillon.

Les entretiens ont été réalisés entre avril 2014 et novembre 2014, soit sur une période de huit mois.

La durée des entretiens variait entre 6 minutes et 49 secondes et 19 minutes et 12 secondes, la durée moyenne était de 11 minutes et 35 secondes.

2- Données socio-démographiques

Nous avons interrogé quatre femmes et dix hommes, leur âge moyen était de 51,7 ans, ils exerçaient en moyenne depuis 21,5 ans.

Six médecins exerçaient en milieu urbain, trois en milieu rural et cinq en milieu semi-rural ; dix en cabinet de groupe et quatre seuls.

B / LES FAITS

1- Type d'erreur

En nous appuyant sur l'étude réalisée par Dovey et coll. en 2000 [6] qui avait pour objectif de développer une classification des erreurs rencontrées en soins primaires, nous avons distingué six types d'erreur :

- *Les erreurs administratives, organisationnelles*, qui regroupaient l'ensemble des événements en rapport avec des informations manquantes dans le dossier médical et le traitement des informations. Elles étaient retrouvées dans deux entretiens :

- défaut de suivi d'un frottis anormal (A)
- adénocarcinome colique non vu sur des résultats d'anatomopathologie (K)
- thrombopénie passée inaperçue sur bilan sanguin (K).

- *Les erreurs relationnelles* qui regroupaient les erreurs de communication médecin/patient ou médecin/autre professionnel de santé. Elles étaient présentes dans quatre entretiens :

- manque de communication sur les risques encourus en cas de non-observance thérapeutique (B)
- perte de sang froid et relation conflictuelle avec la patiente et son mari qui reprochaient au médecin le délai pour les recevoir (E)
- examen gynécologique refusé par la patiente qui avait en fait un cancer du rectum non connu (G)
- bilan d'anémie refusé par une patiente qui avait un cancer du côlon non connu (H).

- *Les erreurs d'investigation* qui se définissaient par l'absence de demande d'examen, la demande d'examens inadaptés ou l'interprétation erronée de résultats d'examens biologiques ou d'imagerie. Elles étaient retrouvées dans un entretien :

- examen complémentaire non demandé dans le bilan étiologique d'un AVC : échographie trans-œsophagienne non demandée alors que la patiente avait un foramen ovale perforé non connu (L).

- *Les erreurs thérapeutiques* qui concernaient la prescription inappropriée ou tardive d'un traitement. Nous retrouvions ce type d'erreur dans un entretien :

- prescription d'AINS chez une patiente anticoagulée (J).

- *Les erreurs techniques*, en rapport avec un acte médical mal réalisé. Nous en retrouvions dans un entretien :

- pansement trop compressif (B).

- *Les erreurs diagnostiques* que nous retrouvions dans neuf entretiens :

- diagnostic d'une thrombose veineuse au doppler au lieu d'un hématome (C)
- non diagnostic d'une pneumopathie (D)
- non diagnostic d'une pré-éclampsie (E)
- diagnostic d'une infection pulmonaire eu lieu d'un OAP (F)
- non diagnostic d'un adénocarcinome colique (G)
- non diagnostic d'une fracture du sacrum (G)
- diagnostic d'une crise d'angoisse au lieu d'un infarctus du myocarde (I)
- diagnostic d'une angine à la place d'une récurrence de cancer de la glotte (J)
- non diagnostic d'un zona (M)
- non diagnostic d'un hématome sous-dural (N).

2- Réactions du patient et/ou de sa famille

Les réactions observées chez les patients ou leurs proches envers le médecin qui a commis une erreur étaient variées.

Dans six entretiens, le médecin n'avait observé aucune réaction particulière de la part du patient ou de sa famille, deux patients n'ont jamais su qu'il y avait eu une erreur.

Certains ont exprimé des reproches au médecin :

- « elle m'en a beaucoup voulu [...] elle est venue me voir en disant « vous auriez pu faire le diagnostic plus tôt, je vous disais que j'avais mal » (G)

- « il ne m'a pas dit « vous avez fait une erreur », il m'a dit « on a trop traîné pour faire un diagnostic » (M).

Deux médecins ont eu des réactions agressives :

- de la part du patient :

- « agressive, très agressive. Une de ses réactions ça a été : mais vous me prenez pour un débile ? » (B)

- ou de sa famille :

- « son épouse et sa sœur [...] m'ont fait comprendre que s'il se passait quelque chose j'allais passer un mauvais quart d'heure » (N).

Deux médecins ont été confrontés à une « plainte » :

- un patient a été indemnisé par l'assurance professionnelle du médecin après réclamation (C)
- un patient a effectué une réclamation auprès du conseil de l'ordre (E).

Dans six entretiens sur les 14 réalisés, le patient changeait de médecin traitant après cet événement.

3- Réactions du corps professionnel

Dans la grande majorité des situations exposées par les médecins généralistes interviewés, il n'y a pas eu de réactions de la part des autres professionnels de santé ayant participé à la prise en charge des patients victimes d'erreur. Nous retrouvons uniquement dans l'entretien (H) une réaction accusatrice de la part d'un confrère : « on lui a dit « vous avez un cancer colique, votre médecin aurait dû vous envoyer tout de suite faire une coloscopie » ».

C / OPINION DES MEDECINS

1- Sur les causes de l'erreur

Si les 14 médecins interviewés considéraient avoir une part de responsabilité dans la survenue de l'erreur, nous distinguons deux situations :

- *la responsabilité du médecin était totale* dans trois cas :

- « votre degré de responsabilité finalement était total ? Ah oui » (C)
- « votre part de responsabilité ? Elle est totale. » (J)
- « c'est total parce que c'est moi qui suis passé à côté complètement » (K)

- *il y avait un transfert de responsabilité* dans onze cas :

- mécanisme explicatif lié au contexte :

- « mon logiciel n'est pas très bien fait » (A)
- « en sachant qu'il y a un décalage dans la pneumopathie entre le début de l'infection et l'auscultation » (D)
- « j'étais fatigué, j'avais vu beaucoup de monde » (F)
- « quand on connaît les gens depuis longtemps, on est un peu dans le train-train » (I)
- « à l'époque les scanners dans la région, ça n'existait pas » (N)

- mécanisme explicatif lié au patient :

- « c'est un patient que je suivais pour une dyslipidémie [...], je n'y arrivais pas », « je ne rejette pas ma part de responsabilité [...] mais il a aussi sa part de responsabilité » (B)
- « s'il n'y avait pas eu ce côté-là [...] Dès le départ ça a été conflictuel » (E)
- « il avait fait lui-même son diagnostic si vous voulez, il était parti sur une infection pulmonaire » (F)
- « c'était une patiente instable » (G)
- « c'est une patiente qui n'est pas forcément très vigilante » (H)
- « c'est une dame hyper anxieuse hein, donc qui se plaint pour tout et pour rien et surtout pour rien quoi » (I)

- « à partir du moment où on la laisse tranquille, elle est contente, quand on commence à vouloir faire un examen complémentaire, il faut négocier longtemps » (L)
- « le fait que lui, ait évoqué le diagnostic (de zona) en premier, ça m'a peut-être un peu rebuté » (M)
 - mise en cause d'un confrère :
 - « une des causes, c'est que la patiente se fasse examiner par un autre médecin. Alors on peut accuser l'autre médecin » (G)
 - « chacun a fait confiance à l'autre professionnel » (L)
 - « j'étais quand même loin de penser qu'un patient hospitalisé à Lariboisière [...] n'ai pas été mieux pris en charge » (N)

2- Impact et gestion

a) Les confidents

À la question : « en avez-vous parlé à quelqu'un ? », 13 médecins ont répondu s'être confiés à au moins une personne, 12 d'entre eux se sont confiés à un ou plusieurs confrères : sept à leurs associés (A, D, H, I, J, K, N), six à d'autres confrères médecins généralistes ou spécialistes (B, E, F, J, K, M), trois à des étudiants (F, G, J) ; sept en ont parlé à un proche : cinq à leur conjoint (B, E, K, M, N) et deux à leurs parents (C, F) ; trois en ont parlé avec le patient (G, I, K).

Seul le médecin interrogé dans l'entretien (L) n'en a parlé à personne.

b) Soutien

Le soutien était considéré comme adapté dans six cas :

- « ça m'a rassuré, ils m'ont dit « tu n'as rien à te reprocher » » (B)
- « ils m'ont dit « ce n'est pas grave tu sais, elle n'est pas morte » » (D)
- « je n'ai pas été accablé, au contraire, il a compris la chose » (F)
- « ah oui, oui, oui, là franchement, j'ai une très bonne associée » (K)

- « un soutien de la part de mon épouse, c'est vrai » (M)
- « ils m'ont rassuré sur mes compétences » (N)

Deux médecins ont considéré le soutien qu'ils ont reçu comme insuffisant :

- un médecin aurait souhaité du soutien de la part du médecin qu'il remplaçait : « j'en ai voulu beaucoup au médecin que je remplaçais [...] qui ne m'a pas prévenu, qui ne m'a pas dit « tu sais elle a demandé une explication auprès de l'ordre, tu vas recevoir un courrier, ne t'inquiètes pas » » (E).
- un médecin avouait que sa femme n'avait pas compris l'importance de l'impact de l'erreur : « elle ne s'est pas rendu compte à quel point ça m'avait affecté » (K).

Dans six entretiens les confidents avaient une attitude neutre vis-à-vis du médecin qui a commis l'erreur, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas accablé ce dernier mais ne lui ont pas non plus apporté de réel soutien.

Dans aucun entretien nous ne retrouvons un réel soutien de la part du patient, mais dans l'entretien (K), le patient s'est montré compréhensif envers son médecin : « l'erreur est humaine [...] pour le reste vous vous en êtes bien occupé, bah là vous avez merdé ».

c) Impact psychologique

- *Responsabilité / culpabilité*

La frontière entre responsabilité et culpabilité est mince, en effet ces notions sont intimement liées. Être responsable peut se définir par le fait d'être à l'origine d'un acte, sans forcément répondre de ses conséquences. La culpabilité est l'élément moral de l'infraction, elle suppose la commission d'une faute, réelle ou ressentie, soit intentionnelle soit par négligence ou imprudence.

- Responsable mais pas coupable : dans quatre entretiens les médecins interrogés admettaient leur responsabilité dans l'erreur mais n'exprimaient aucun sentiment de culpabilité :

- « votre degré de responsabilité finalement était total ? Ah oui, il est là, il est passé a priori devant un expert et l'expert a dit : ce n'est pas ça. » (C)

- « vous avez ressenti de la culpabilité ? Non, tu te sens...Ça énerve, tu te dis...Tu prends pour toi, tu as fait une erreur. » (D)
- « votre degré de responsabilité ? Il est total [...] il n'y a pas eu d'impact négatif, elle n'est pas morte, elle n'a pas de séquelles, donc j'étais relativement tranquille par rapport à ça » (I)
- « je me sens quand même bien responsable » « Est-ce que vous vous êtes senti coupable ? [...] Non, je me suis simplement remis en question » (N).

- Coupable mais pas responsable : dans trois entretiens, les médecins exprimaient un sentiment de culpabilité malgré leur faible degré de responsabilité ressenti :

- « vous vous en êtes voulu ? Ah bien sûr [...] je me suis dit après « bah oui, elle a fait pendant plusieurs semaines plusieurs alertes, elle s'est plaint, pas qu'à moi, à d'autres médecins, y compris son gynéco [...] tout le monde a dit on ne comprend pas, on ne trouve rien à l'examen » (E)
- « de la culpabilité dans le sens où j'aurais dû vraiment insister et faire mon bilan d'anémie ferriprive comme je le fais d'habitude » (H)
- « je ne suis peut-être pas absolument fautif sur un plan médical mais bon je me sens quand même fautif » (M).

- Responsable et coupable : dans six entretiens les médecins se sentaient à la fois responsables et coupables :

- « Ah responsable oui. Il y a un sentiment de mal-être, de culpabilité, on n'aime pas, on n'aime pas être vouée à l'échec, avoir fait une erreur. » (A)
- « j'en fais une responsabilité, une erreur », « j'ai quand même un sentiment de culpabilité et de travail mal fait » (B)
- « je n'ai pas fait mon boulot, point », « de la culpabilité [...] beaucoup de culpabilité, et puis ça a remis en place l'opinion que j'avais de moi-même » (F)
- « là je m'en suis voulu » « de la culpabilité oui, non tu te sens mal à l'aise, tu te sens quelque part coupable » (J)
- « A la fois de la culpabilité et puis un certain degré d'incompétence quoi, je considère que c'est de l'incompétence d'être passé à côté, réellement. » (K)

- « votre degré de responsabilité ? [...] 100 % pour moi », « j'étais très culpabilisée parce que je me dis que ça aurait pu être évité effectivement » (L)

- Ni responsable, ni coupable : le médecin de l'entretien (G), bien qu'il soit un des seuls à avoir rapporté plusieurs cas d'erreurs, ne se sentait ni responsable de l'erreur ni coupable : « votre degré de responsabilité dans ce retard diagnostique ? Faible, très faible » « je n'ai pas beaucoup de sentiment de culpabilité ».

- *Conséquences émotionnelles*

Nous avons identifié huit types de conséquences d'ordre psychologique chez les médecins interrogés :

- Mal-être :

- « sentiment de mal-être, de culpabilité, on n'aime pas » (A)
- « ça me mine un petit peu » (B)
- « ça n'est jamais très agréable », « on n'aime pas » (D)
- « tu te sens mal à l'aise » (J)
- « j'étais super mal [...] j'étais très merdeux » (K)

- Choc / surprise :

- « ça fait un choc quand on voit un courrier du conseil de l'ordre », ça m'est vraiment tombé dessus comme ça alors que je ne m'y attendais pas du tout » (E)
- « j'en ai qu'un seul en tête, qui est arrivé il y a quelques années mais qui m'avait vachement choqué » (K)

- Interrogation :

- « je me dis « comment je peux contrôler ? » (B)
- « je ne comprenais pas trop pourquoi. Qu'est-ce qui s'était passé ? » (C)
- « je ne vois pas pourquoi je l'ai traitée autrement qu'un autre patient » (H)
- « qu'est-ce qui m'est arrivé pour que je passe à côté ? » (K)

- Stress :

- « ça m'a beaucoup travaillé, ça m'a beaucoup stressé et ça me stresse dans certains cas encore un peu » (C)

- Angoisse / peur :

- « j'ai eu un petit frisson » (D)
- « j'ai eu un coup de flip énorme », « on est anxieux, forcément on est moins serein » (E)
- « j'étais quand même assez anxieux » (K)

- Injustice / frustration / colère :

- « quand même un peu un sentiment d'injustice au début en tout cas et après on passe par tous les stades : j'en ai un peu marre » (C)
- « quelque part c'est un peu frustrant », « ça énerve » (D)
- « j'en ai voulu beaucoup au médecin que je remplaçais », « vous avez ressenti de la colère ? Ouais, le fait de ne pas me prévenir » (E)
- « quand même un sentiment de colère vis-à-vis du gastro-entérologue » (H)

- Atteinte à l'amour propre / fierté :

- « ça a remis en place l'opinion que j'avais de moi-même » (F)
- « je n'étais pas très fière de moi » (I)
- « il n'y a pas eu de retombées franchement directes, donc c'était plus mon amour propre » (K)

- Dévalorisation / incompetence :

- « on se remet beaucoup en question », « faut que je change de métier » (C)
- « on se dit t'es nul sur ce coup-là » (D)
- « j'ai eu vraiment un doute sur la qualité de mon boulot », « un certain degré d'incompétence » (K)

d) Mécanismes de défense

D'après la définition de Laplace et Pontalis [7], il s'agit de « l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu bio-psychologique ».

Dans une étude réalisée en 1984 auprès de 105 internes en médecine qui avaient été confrontés à une erreur médicale, Mizrahi [8] identifiait trois grands mécanismes adaptatifs utilisés par les internes :

- Le déni qui comportait trois volets : la négation du concept même de l'erreur en définissant la pratique comme un art avec des zones d'ombre, la répression des erreurs en les oubliant et la redéfinition d'erreurs en non-erreurs. Nous avons identifié ce mécanisme de défense dans quatre entretiens :

- « je n'ai pas de gros trucs qui me viennent. J'en ai fait... », « je me souviens avoir eu des trucs [...] mais des trucs sans conséquences » (A)
- « je n'en ai pas tant que ça » (D)
- « J'en ai parlé aux internes pour les informer de la difficulté de l'art médical » (G)
- « Ah... À brûle-pourpoint comme ça... Erreur, on en commet tous alors j'en ai commis, maintenant à brûle-pourpoint... », « c'est la dernière qui me vient en date, des erreurs j'ai dû en faire d'autres probablement... Dans ma vie professionnelle, j'en ai jamais eu qui ont eu des conséquences, a priori dommageables sévères » (J)

- La minimisation qui intervenait lorsque le déni n'était pas suffisant du fait de l'importance des erreurs, elle consistait en l'atténuation de sa propre responsabilité en rejetant le blâme. Le blâme pouvait être rejeté :

✓ sur la pathologie :

- « il y a un décalage dans la pneumopathie entre le début de l'infection et l'auscultation, il aurait mieux valu que la voie le lendemain » (D)
- « les éclampsies c'est tellement particulier » (E)

✓ sur le patient lui-même (B, F, G, H, I, L, M)

✓ sur des confrères (G, N, L)

✓ ou sur les circonstances et l'époque de l'erreur :

- matériel informatique inefficace (A)
- indisponibilité du matériel d'imagerie (N).

- La distanciation qui, lorsque le déni et la minimisation n'étaient pas possible, consistait à intégrer la notion de collectivité médicale en acceptant la notion d'inévitabilité de l'erreur :

- « ça ne m'a pas traumatisé parce que nous vivons un métier où l'erreur fait partie du schéma d'exercice » (F)
- « si je l'avais fait plus tôt ça n'aurait rien changé » (J)
- « ils seraient probablement passés à côté aussi » (N).

Les médecins des entretiens C et K n'ont mis en route aucun mécanisme de défense, le premier a cessé de faire des doppler, le second est toujours affecté à l'évocation de son erreur.

e) Impact professionnel

Sur les 14 médecins interrogés pour notre étude, 13 admettaient que leur erreur avait eu un impact sur leur pratique professionnelle.

- Dans trois entretiens, il s'agissait d'un *rappel à l'ordre* :

- « ça sert de leçon » (A)
- « ça fait comme un gyrophare qui s'allume à partir du moment où tu rencontres une situation similaire » (J)
- « je me suis simplement remis en question par rapport à mon exercice en me disant qu'il faut que j'évite la routine » (N)

- Dans trois entretiens, l'impact était du *domaine organisationnel* :

- « maintenant je mets des alertes. C'est vrai que l'outil informatique par le biais des alertes est intéressant » (A)
- « je renforce encore plus mes dossiers médicaux » (B)

- « je lis beaucoup mes comptes-rendus », « j’essaie de faire encore plus attention à ça », « je fais mon courrier tous les jours, exprès pour ça, je ne le fais pas entre deux patients », « j’ai voulu être vachement carré sur mes dossiers » (K)
- Pour un médecin, l’erreur a modifié sa *démarche diagnostique* :
- clinique :
« Je me méfie beaucoup plus, quand quelqu’un vient pour une douleur intercostale, je reprends systématiquement la fièvre, je passe un bout de temps à ausculter »
 - et paraclinique : « je fais beaucoup plus facilement des radios de poumons pour des douleurs intercostales » (D)
- Pour un médecin, l’erreur a modifié sa *démarche thérapeutique* :
- « je serais plus enclin à prescrire d’emblée du valaciclovir que je ne l’étais avant » (M)
- Dans cinq entretiens, les médecins interrogés décrivaient plus de *rigueur professionnelle*, une vigilance accrue suite à l’erreur :
- « je suis un peu plus rigoureuse sur le frottis » (A)
 - « on fait beaucoup plus attention, on est beaucoup plus prudent » (C)
 - « une vigilance accrue, toujours présente » (F)
 - « je suis encore plus vigilante et les patients je ne les loupe plus maintenant » (H)
 - « je suis plus attentive sur ce genre de cas » (L)
- Dans trois entretiens, l’impact a été du *domaine relationnel* :
- « il y a des patients avec qui je suis moins patient, je pense que, maintenant, je me protège un peu plus » (B)
 - « j’en ai déduit qu’il faut rester très très zen dans l’exercice professionnel », « j’essaie toujours de garder ça en me disant voilà « garde ton calme, essaie de rester tranquille » et ça se passe dix fois mieux » (E)
 - « j’essaie de prendre un peu de recul quand je connais un peu trop bien les gens » (I)
- Pour deux médecins l’erreur s’intègre dans une *démarche formative* :
- « je suis plus facilement les formations effectivement » (C)

- « cela fait partie peut-être de ce qui m'a permis aujourd'hui d'être un médecin que j'estime compétent » (F)

- Le médecin de l'entretien G n'a pas ressenti d'impact professionnel aux erreurs qu'il a décrites.

f) Durée de l'impact

L'erreur médicale avait eu un impact transitoire pour cinq médecins : quatre ont oublié leur erreur (A, G, I, J), un considérait avoir été impacté pendant quelques jours seulement (D).

Pour neuf des 14 médecins interrogés, l'impact était permanent (B, C, E, F, H, K, L, M, N) que l'erreur date d'il y a trois mois (H) ou d'il y a 24 ans (F).

D / CHANGEMENTS A APPORTER

1- Au niveau du système de soin

Chez les médecins interrogés, les changements à apporter au niveau du système de soins seraient une amélioration de la communication interprofessionnelle (L), la lutte contre la pénurie de médecins spécialistes afin d'améliorer le suivi des patients notamment au cours des maladies de longue durée (D).

2- Au niveau médico-légal

Un des médecins interrogés souhaiterait un assouplissement de la réglementation concernant la création de maisons pluridisciplinaires notamment dans le but de travailler avec des paramédicaux (B).

3- Au niveau des patients

Pour quatre médecins, la clé pour éviter les erreurs et mieux les gérer était la communication :

- « je suis persuadé que si on évite toutes les situations qui peuvent être conflictuelles, de dire certaines choses ou de bien les dire, je pense qu'on éviterait certainement beaucoup de problèmes » (E)
- « il faut avoir un franc parlé, il faut une communication avec le patient », « il faut avouer sa faute et il faut l'accepter et l'exprimer au patient » (G)
- « je pense que la meilleure façon, entre guillemets, de prendre en charge ça et pas forcément de se protéger, c'est d'en parler, voilà de discuter » (J)
- « là aussi je pense qu'en leur présentant les choses au fur et à mesure et quand on parle avec eux » (K).

Deux médecins souhaitaient une responsabilisation de leur patient :

- « alors moi j'essaie de responsabiliser les gens aussi, je leur dis il ne faut pas oublier, il faut refaire » (A)
- « je leur redis à chaque fois que je fais l'ordonnance, « c'est vous qui devez m'appeler » [...] j'essaie de le responsabiliser » (K)

4- Dans la pratique professionnelle

En ce qui concerne les changements à apporter dans leur pratique professionnelle, les entretiens ont fait ressortir quatre notions :

- changements d'ordre organisationnel : vigilance accrue dans la tenue des dossiers en mettant des alertes en cas d'examen de prévention à refaire (H).
- Éviter la routine (I, N).
- Améliorer la formation : soit initiale en parlant de l'erreur médicale et de ses conséquences, de la relation médecin-malade, soit continue par le biais de groupes-qualité (I, M) ; accueillir des étudiants (I).
- Être plus exigeant vis-à-vis des patients et du suivi de leur maladie (D).

5- Dans la conception de la médecine

Dans l'entretien (A), le médecin interrogé proposait une ouverture en incitant le patient à remettre lui-même en cause son médecin : « Si je ne l'avais pas su par la bande, par ailleurs, je ne l'aurais peut-être pas su. Les gens n'osent pas dire quand on se trompe mais ils feraient mieux de nous le dire. [...] Informez-nous, communiquez, communiquez. »

IV- DISCUSSION

A/ À PROPOS DE NOTRE TRAVAIL

1- Choix du sujet

Dans une société où l'amélioration de la qualité des soins est devenue un enjeu majeur et où l'encadrement du patient et la garantie de sa sécurité dans le processus de soins sont au cœur des préoccupations, nous ne pouvons ignorer que tout médecin, aussi qualifié qu'il puisse être, est humain et est susceptible au cours de sa carrière d'être confronté à une erreur médicale. Or si quelques études anglo-saxonnes ont étudié l'impact de cette erreur sur le médecin qui la commet, le cas spécifique du médecin généraliste a été peu étudié, notamment en France, où les soins primaires constituent pourtant la majorité des consultations.

2- Choix de la méthode

Le but de notre étude était d'analyser le vécu des médecins généralistes face à l'erreur, nous avons donc choisi une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés.

Nous avons éliminé d'emblée la réalisation d'un questionnaire qui présente plusieurs inconvénients : ce dernier ne permet pas de créer une interaction humaine entre interviewer et interviewé, de plus les médecins généralistes sont très sollicités pour participer à des travaux de thèse et beaucoup avouent ne pas prendre le temps de lire et de répondre à la multitude de questionnaires reçus par voie postale ou par mail. La réalisation d'entretiens nous a donc paru la méthode la plus adaptée à notre type d'étude.

Le choix d'un entretien semi-dirigé a été fait afin d'éviter les inconvénients des entretiens libres (haut risque de hors-sujets, difficultés de réalisation et d'analyse) et du focus group dont le principe ne se prêtait pas au sujet de notre travail puisque les médecins interrogés auraient pu éprouver des réticences à parler de leurs erreurs en présence de confrères.

Nous avons donc choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés qui ont l'avantage de laisser la parole à la personne interrogée, de créer une discussion entre l'enquêteur et l'enquêté tout en suivant une ligne directrice grâce à la réalisation d'un guide d'entretien.

3- Difficultés rencontrées et limites de l'étude

Lors de la phase de recrutement des médecins pour nos entretiens, la difficulté majeure a été d'obtenir un contact téléphonique avec les médecins afin de leur proposer de participer à notre étude. En effet, j'ai plusieurs fois été éconduite par les secrétaires qui alléguaient une charge de travail trop importante pour transmettre ma demande, de plus les médecins n'étaient pas tous disponibles au moment de mon appel du fait de leur emploi du temps et de leurs vacances.

Par ailleurs le sujet même de l'étude, s'il n'est pas tabou, est tout de même pour le moins épineux puisqu'il renvoie à des événements douloureux qui ont possiblement eu un impact important sur le médecin et son estime de lui.

De plus l'utilisation d'un enregistreur numérique, même de petite taille et ne nécessitant pas de manipulations intempestives durant l'entretien, a pu générer un certain malaise chez certains des médecins interrogés qui ont avoué ne pas « aimer parler dans ces choses-là », ceci d'autant plus que l'enregistrement de la discussion induit la présence d'une « trace » de leur discours.

Nous avons envisagé quatre biais possibles dans notre étude : s'agissant d'une étude rétrospective faisant appel aux souvenirs des médecins interviewés, pouvait apparaître un biais de mémoire, ce d'autant plus que certains faits remontaient à plusieurs années, mais aussi un biais de « reformulation » inconsciente de l'histoire en fonction de la manière dont l'événement a été vécu et assimilé. Par ailleurs, les médecins ont été sélectionnés sur la base du volontariat, ce qui implique un probable biais de recrutement : les médecins ayant accepté de participer à notre étude étaient peut-être plus enclins que d'autres à partager leur erreur avec nous, mais aussi avec leurs confrères, augmentant ainsi la proportion de médecins ayant eu des confidents. Enfin, il n'y a pas eu de triangulation des sources, l'analyse des données a

été faite uniquement par moi-même ce qui, malgré toutes les précautions prises pour ne pas altérer la réalité, peut induire un biais d'interprétation en fonction de mes propres opinions sur le sujet.

B/ À PROPOS DES RESULTATS

1- Type d'erreur

À partir des faits rapportés par les médecins généralistes interviewés dans notre étude, nous avons pu constater que les erreurs diagnostiques étaient les plus fréquentes, devant les erreurs relationnelles et les erreurs d'ordre organisationnel, administratif. Les erreurs techniques, d'investigations et thérapeutiques étant exceptionnelles. Ces résultats sont concordants avec l'étude de Fisseni [9] réalisée en 2008 auprès de médecins généralistes allemands et qui retrouvait au premier rang des erreurs rapportées les erreurs diagnostiques, devant les erreurs thérapeutiques.

À l'inverse, Dovey et al. [6], dans leur étude de 330 cas d'erreurs médicales chez les médecins généralistes, retrouvaient aux premiers rangs les erreurs administratives et thérapeutiques alors que les erreurs diagnostiques étaient au dernier rang des causes d'erreurs médicales avec seulement 13 cas soit 3,9 % des erreurs.

Cette différence peut s'expliquer par la méthodologie employée : Fisseni, comme dans notre étude, utilisait une méthode qualitative rétrospective demandant aux médecins de relater les trois erreurs les plus graves de leur carrière, ce qui implique que les erreurs rapportées sont celles qui ont le plus marqué les médecins concernés et non forcément les plus fréquentes, alors que Dovey et al. utilisaient une méthode prospective en demandant aux médecins participant à leur travail de noter les 10 premières erreurs survenant dans leur pratique à partir de la date de début de l'étude, ce qui est probablement plus proche de la réalité statistique des causes d'erreur.

Par ailleurs, nous pensons que le fait que les erreurs les plus fréquentes rapportées par les médecins soient des erreurs diagnostiques peut s'expliquer par le caractère particulièrement

angoissant de ce type d'erreur dans notre pratique quotidienne puisqu'elles constituent la première crainte du médecin généraliste, alors que les autres types d'erreurs sont plus insidieuses et auraient tendance à passer plus facilement inaperçues aussi bien pour le médecin que pour le patient.

Le nombre de décès secondaires à une erreur médicale est difficilement chiffrable du fait du nombre important de facteurs entrant en jeu dans le déroulement de chaque cas [10]. Cependant, certaines études [11] estiment qu'un événement indésirable lié aux soins serait à l'origine d'un décès dans 5 à 14 % des cas, ce qui n'est pas si exceptionnel. Nous pouvons donc nous interroger qu'aucun des médecins participants à notre étude n'ait rapporté un cas d'erreur fatale pour son patient. Notre hypothèse est que ces erreurs sont probablement plus difficiles à porter et donc plus difficiles à raconter et volontairement tues. Il est possible aussi que ce type de situations soit plus volontiers objet de mécanismes de déni par exclusion ou par déplacement.

Enfin, l'analyse des cas rapportés dans notre étude nous a fait remarquer que les médecins interrogés racontaient indifféremment l'événement sans faire la distinction entre faute et erreur médicale. On aurait pu s'attendre à un mécanisme plus net de rationalisation chez les médecins, distinguant bien d'une part l'erreur sans faute et d'autre part la faute, par rapport à des obligations éthiques ou de conformités aux données de la science ou du respect de la charte européenne des consommateurs ou plus spécifiquement de la charte européenne des droits des patients. En fait, on constate que, pour les médecins interrogés, ce qui vient spontanément à l'esprit en matière de situation d'erreur ou de faute médicale, ce sont d'abord les situations qui les ont touchés, qui ont pris vie en eux, au-delà du degré de gravité ou de la nature de l'événement : faute ou erreur.

2- Impact de l'erreur

Dans notre étude, les médecins impliqués dans une erreur médicale font l'expérience d'une « détresse émotionnelle » associant sentiment de culpabilité, colère, peur et doute sur leur capacité à continuer à travailler en tant que soignant. C'est pour décrire cet état qu'Albert Wu a introduit en 2000 la notion de « second victim » pour qualifier les médecins et autres personnels de santé concernés par une erreur médicale [12]. En effet, si le patient et sa famille

constituent la première victime évidente de l'erreur médicale, les soignants peuvent être considérés comme des secondes victimes par les conséquences engendrées par l'erreur, les effets pouvant parfois être comparables à ceux d'un syndrome de stress post-traumatique [13].

L'analyse des résultats nous a permis d'observer l'importance de l'impact personnel de l'erreur médicale chez les médecins généralistes. En effet, en dehors de deux entretiens où l'erreur semblait n'avoir eu aucun retentissement sur le médecin interrogé, dans tous nos entretiens nous retrouvions un impact émotionnel.

L'erreur occasionne le plus souvent un sentiment intense de culpabilité envers le patient. Cette culpabilité ne paraît pas forcément liée à une analyse rationnelle du mécanisme de l'erreur qui pourrait aboutir dans certains cas plutôt à un « responsable mais pas coupable ». En fait, elle semble beaucoup plus liée à la souffrance infligée au patient, quels que soient les mécanismes qui l'ont causée, le fait d'être engagé dans une erreur médicale venant rompre le contrat tacite entre le médecin et son patient, le médecin se sentant en défaut par rapport à son idéal, il n'est plus à la hauteur pour assumer son rôle alors que le patient s'en remettait à lui.

On demande au médecin d'avoir de l'empathie envers son patient mais la frontière est mince entre l'empathie, la sympathie et la compassion (souffrir avec...). Le besoin d'aimer son patient et d'être aimé de son patient existe dans la vocation médicale et la pratique médicale, même si le professionnalisme exige la maîtrise de ces dimensions vers une relation empathique. Lors d'une erreur médicale le médecin est face au tort qu'il a causé à son patient, il lui a fait du mal, il risque de ne plus être « aimé » de ce patient. On peut se demander si la culpabilité ressentie n'est pas en partie liée au fait de se sentir responsable d'avoir cassé et perdu cette relation « d'amour ».

De plus, il est important de remarquer que dans la moitié des cas, il y a une atteinte à l'amour propre du médecin avec souvent une certaine dévalorisation de ce dernier et remise en cause de ses capacités à exercer correctement la médecine.

Si Hippocrate a introduit la notion de « primum non nocere » il y a presque 2500 ans, ce précepte reste aujourd'hui un principe fondamental de la médecine encore enseigné aux étudiants. Les patients demandent que leur médecin soit un scientifique, un savant, un technicien mais aussi un confident, quelqu'un pour les soutenir, les informer, bref d'être

« tout-puissant » et les médecins acceptent ce rôle sans sourciller. C'est pourquoi, même si l'on admet facilement que l'erreur est humaine et qu'elle est inhérente à la pratique médicale, l'erreur renvoie à la notion d'échec qui vient brutalement rompre ce fantasme de toute puissance et raviver la blessure narcissique que le médecin est homme et non surhomme.

Par ailleurs, l'analyse de nos résultats a mis en évidence un impact professionnel majeur de l'erreur médicale puisque 13 des 14 médecins interrogés avouaient avoir modifié leur pratique, que ce soit au niveau organisationnel, diagnostique, thérapeutique ou encore leurs relations avec leurs patients.

Les changements pouvaient être constructifs : certains médecins décrivaient une vigilance accrue dans l'examen clinique, le suivi des patients, une meilleure utilisation de l'outil informatique, une meilleure organisation... mais aussi d'ordre défensif : prescription d'examens paracliniques non indiqués, prescriptions médicamenteuses hors recommandations, tendance à plus « se protéger » peut-être au détriment de la relation médecin-malade et cas extrême un médecin a même cessé d'exercer son activité d'angéiologue. Nous pouvons supposer que la culpabilité ressentie par le médecin joue un rôle dans l'impact professionnel. En effet nous constatons dans notre étude que les médecins éprouvant un sentiment de culpabilité faisaient dans 90 % des cas des changements constructifs alors que les médecins ne se sentant pas coupables de leur erreur faisaient moins de changements constructifs et plus de changements défensifs.

De même, en 1993, Wu [14] constatait que les médecins qui acceptaient leur responsabilité dans l'erreur faisaient plus de changements constructifs mais présentaient une détresse émotionnelle plus intense, alors que les médecins qui fuyaient leur responsabilité avaient tendance à faire plus de changements défensifs.

Les médecins interrogés dans notre étude ne décrivaient pas d'impact sur leur vie privée contrairement à Aasland [15] qui, en 2005, retrouvait que 17 % des médecins interrogés dans son étude estimaient que leur erreur avait eu un impact négatif sur leur vie privée. Notre hypothèse est que l'impact sur la vie privée doit être proportionnel à la « médiatisation » de l'erreur, or, aucun des médecins participants à notre étude n'a été confronté à une procédure judiciaire.

3- Gestion de l'erreur

Nous avons pu remarquer que les médecins confrontés à une erreur médicale utilisaient un certain nombre de mécanismes de défense qu'étaient le déni, la minimisation et la distanciation. Dans notre étude, il s'agissait d'un processus normal visant à diminuer le stress engendré par la situation. Cependant, lorsque les mécanismes de défense sont dépassés, ce stress peut conduire à un épuisement du soignant, au « burn-out ».

Afin d'insister sur le caractère sain et primordial pour l'individu de la mise en place de mécanismes de défense ou adaptatifs, nous observons que les deux médecins de notre étude à ne pas avoir développé de mécanisme de défense (C et K) sont les médecins qui ont été le plus impactés par leur erreur. Le médecin interrogé dans l'entretien (C) a arrêté une partie de son activité et le médecin (K) est celui qui a eu le plus de conséquences psychologiques (six sur les huit identifiées), il persistait d'ailleurs chez lui une réelle souffrance à l'évocation de ce patient lors de l'entretien plusieurs années après.

Pour faire face à leur erreur, nous avons vu que la grande majorité des médecins interrogés ont eu besoin d'un ou de plusieurs confidents, il s'agissait le plus souvent de confrères et dans la moitié des cas de proches, ce qui est concordant avec l'étude de Hu [16] qui retrouvaient que dans 88 % des cas les collègues sont considérés comme la source potentielle de soutien, alors que Newman [17] retrouvaient que dans 2/3 des cas le soutien venait finalement de quelqu'un d'autre que les pairs et que dans la moitié des cas le meilleur soutien venait du conjoint.

Si le besoin de soutien de la part des collègues est indiscutable, on peut se demander dans quelle mesure les médecins peuvent aider leurs confrères mais surtout dans quelle mesure ils sont prêts à le faire. En se confiant à un confrère, le médecin recherche une réaffirmation de ses compétences professionnelles, mais aussi souvent une réassurance personnelle. Dans une étude, Newman [17] a confronté 30 médecins à un cas hypothétique d'erreur médicale impliquant un collègue. Même si tous sauf un reconnaissent que leur collègue avait besoin de soutien, seulement 1/3 étaient prêts à fournir un soutien inconditionnel à leur collègue et les 2/3 restants ne lui auraient fourni un soutien que s'il s'agissait d'un ami ou d'un proche collaborateur et uniquement s'il les sollicitait.

Dans notre étude, les médecins considéraient avoir eu un soutien adapté dans moins de la moitié des cas, la plupart des confidents étant restés neutres vis-à-vis de l'erreur de leur confrère ou proche. Le soutien était insuffisant pour seulement deux médecins, ce chiffre est moins important que ce que retrouvait Venus [18] dans le cadre de sa thèse sur l'impact de l'erreur médicale chez les internes de médecine générale où le soutien était inadapté voire nul dans 60 % des cas.

Par ailleurs, nous avons pu observer que seuls trois médecins parmi les quatorze que nous avons interrogés ont parlé de leur erreur avec leur patient et pas un seul ne s'est réellement excusé auprès de ce dernier. Alors que beaucoup d'entre eux éprouvaient un sentiment de culpabilité après leur erreur, nous aurions pu nous attendre à ce que les médecins incriminés soient plus enclins à présenter des excuses à leur patient ou à sa famille. Cela peut probablement s'expliquer par la crainte du médecin que ses excuses soient prises comme un aveu de culpabilité qui inciterait les patients à engager une action en justice [19]. Pourtant, dans une étude réalisée par Vincent [20] en 1994, des patients à qui l'on demandait ce qui aurait pu éviter leur action judiciaire, 40 % suggéraient des explications et des excuses. Nous percevons là tout le travail de formation nécessaire sur la pratique de l'excuse pour qu'elle soit notamment une excuse pertinente pour le patient et non une excuse plus ou moins déguisée à soi-même. Or nous avons vu l'importance chez les médecins des processus défensifs de déni et de transfert de responsabilité.

4- Changements à apporter

La dernière question de notre entretien portait sur les changements à apporter, afin d'éviter les erreurs ou de mieux les gérer. Les médecins interrogés ont eu des difficultés à répondre à cette question qu'ils trouvaient trop large.

Le thème qui revenait le plus souvent était la communication avec le patient, en l'impliquant plus dans son suivi et en lui avouant ses erreurs. Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, une faible minorité des médecins participant à notre étude en ont parlé avec leur patient, aucun ne s'est excusé et très peu ont reconnu d'eux-mêmes leur erreur au

patient. Pourquoi une telle différence entre ce qui est globalement souhaité par les médecins et la réalité des faits ? Nous nous demandons si cette mise en avant de la communication médecin-patient relève d'un réel désir de la part du médecin de partager son erreur avec son patient ou si cela relève du politiquement correct.

Dans une revue de la littérature en 2004, Mazor [21] constatait que les patients souhaitent une divulgation des erreurs et que les médecins, comme dans notre étude, soutiennent cette révélation mais qu'en pratique ils ne le font pas.

Dans une étude auprès de 3171 médecins canadiens et américains, Waterman [22] montrait en 2007 que 89 % des médecins ayant participé au sondage n'avait jamais divulgué une erreur sérieuse et que 54 % des médecins avaient divulgué une erreur mineure. Pourtant, parmi les médecins à avoir divulgué leur erreur au patient, environ 90 % étaient satisfaits de leur révélation et de la manière dont elle s'était déroulée.

En 2010, dans une revue de la littérature, Sirriyeh relevait un meilleur coping après un événement indésirable lorsqu'il avait été accepté, révélé et résolu [23]. On peut donc en conclure qu'il serait effectivement important pour les médecins de révéler leur erreur à leur patient, d'autant que les patients gardant confiance en leur médecin sont plus nombreux que ceux qui décident de le quitter [9]. Dans notre enquête, il y a eu six cas sur 14 de changement de médecin suite à l'erreur. Il serait utile d'apprécier l'impact affectif que pourrait avoir un changement de médecin traitant, réel ou anticipé, sur le médecin et sur sa façon de gérer l'erreur.

Un autre point important relevé par les médecins interrogés dans notre étude était la formation : un médecin regrettait de ne pas avoir reçu de formation adéquate pour faire face à la survenue d'une erreur médicale et à la façon de la gérer dans le cadre de la relation médecin-malade. Ce souhait était également présent dans l'étude de Vincent [24] en 2003 où il évoquait la nécessité de recevoir une éducation de base sur le droit et les processus juridiques afin de réduire certaines anxiétés au sujet de poursuites éventuelles.

La formation initiale, bien que fondamentale pour l'apprentissage du savoir nécessaire à l'exercice de la profession de médecin, n'est néanmoins pas suffisante. En effet, la médecine

est une science en continuelle évolution, c'est pourquoi une généralisation de la formation continue des médecins est souhaitable. Or, si plusieurs médecins interrogés dans notre étude considéraient effectivement que participer à ces formations pouvaient contribuer à éviter l'évitable, c'est loin d'être une majorité puisqu'en 2014, sur les 230 000 médecins français, seuls 43 000 avaient été inscrits à au moins un programme de Développement Professionnel Continu (DPC) malgré son obligation depuis le 1^{er} janvier 2013.

Améliorer la gestion de l'erreur médicale, c'est aussi aider le médecin qui y est confronté à surmonter cette épreuve. Les programmes des séminaires traitant du sujet de l'erreur médicale sont le plus souvent axés sur la meilleure façon de communiquer avec le patient, la manière de faire face à la famille, tout cela dans le but d'améliorer une nouvelle fois la prise en charge du patient et non celle de la seconde victime qu'est le médecin.

Le travail du médecin est d'accompagner son patient, s'intéresser à sa vie, soulager ses souffrances, prévenir sa mort, ce qui sous-entend un sentiment inconscient de toute-puissance qui est utile dans la pratique quotidienne afin d'oser parfois prendre les risques nécessaires à la prise en charge de son patient. Or, l'erreur médicale, lorsqu'elle survient, vient rompre avec cet idéal ; deux situations peuvent alors survenir : soit le médecin s'adapte, soit il entre dans la spirale de l'épuisement professionnel, le burn-out ou ce que le psychanalyste Freudenbergler appelait déjà en 1974 « la maladie de l'âme en deuil de son idéal ».

Former les médecins, c'est donc leur expliquer qu'ils ne sont pas infaillibles, qu'ils vont être confrontés à l'erreur, qu'ils vont se sentir coupables, qu'ils vont avoir besoin d'en parler et qu'ils devront être capables d'écouter leur confrère en retour, et même parfois d'avoir une attitude corporatiste.

Eric Galam [25] cite plusieurs « clés » afin d'aider le médecin à s'adapter à cette nouvelle situation : pour lui, même s'il s'agit d'un travail difficile, il est important de faire l'effort de revenir sur son erreur afin de l'analyser et de réfléchir aux causes, aux conséquences et aux éventuelles façons dont elle aurait pu être évitée, mais aussi à la manière de les transmettre pour qu'elles puissent éventuellement servir d'outil d'apprentissage. Par ailleurs, comme deux médecins en ont parlé dans notre étude, le travail en groupe semble être le meilleur moyen d'améliorer la gestion de l'erreur, par l'intermédiaire par exemple de séminaires comme ceux organisés par l'association « REPERES », dont le but est d'optimiser les pratiques à partir de

cas cliniques apportés par les participants, des groupes Balint, dont le but est de partager des expériences avec des pairs et d'apprendre à gérer les situations émotionnelles difficiles et des revues de morbi-mortalité (RMM) qui sont courantes au sein des établissements hospitaliers, mais rares en médecine ambulatoire et possiblement applicables à ce domaine.

V- CONCLUSION

Nous vivons une époque où les progrès quotidiens de la science en termes d'outils diagnostiques et thérapeutiques nous donnent l'illusion que le médecin est un être infailible et nous font oublier que la médecine est une science inexacte qui comporte son lot d'incertitudes et de risques. Au-delà des conséquences juridiques, nous supposons que l'erreur pouvait avoir un impact personnel et professionnel sur le médecin qui la commet.

Nous avons vu que l'erreur médicale avait en effet des conséquences émotionnelles importantes et diverses sur les médecins concernés, avec au premier plan un sentiment de culpabilité présent chez la grande majorité des médecins interrogés. À cela s'ajoutait souvent initialement un sentiment de dévalorisation qui amenait le médecin à remettre en question ses capacités à exercer la médecine. Les conséquences sur la pratique étaient d'ailleurs quasiment constantes et concernaient l'exercice médical dans sa globalité.

La gestion de ces événements était marquée par le développement de mécanismes de défense par le médecin, indispensables pour surmonter leur souffrance. Ces mécanismes, s'ils sont absents ou défaillants, peuvent conduire le médecin à l'épuisement ou ce que l'on a coutume d'appeler le « burn-out ».

Si la plupart des médecins admettaient la nécessité de parler de leur erreur à leur patient, dans les faits, peu le faisaient et aucun ne présentait d'excuses.

Notre étude a permis de lancer quelques pistes d'amélioration à envisager afin de mieux accompagner le médecin généraliste lorsqu'il est concerné par une erreur, notamment au niveau de la formation initiale et continue afin de sensibiliser les médecins à ce sujet pour que, lorsqu'ils y seront confrontés eux-mêmes ou un de leur confrère, ils ne soient pas perdus, seuls face à leur erreur, la formation se devant d'être axée non seulement sur le patient mais également sur les secondes victimes ; et par la création de groupes de soutien, car comme nous l'avons montré, ce dont le médecin a le plus besoin est le soutien de ses pairs. Cependant leur mise en pratique reste vague et mériterait d'être précisée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err Is Human : Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine 1999.
2. Michel P, Quenon J-L, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, De Sarasqueta A-M, Bernet C, et al. Quels événements indésirables graves dans les établissements de santé publics et privés en France ? : Principaux résultats eneis. *Risques & qualité en milieu de soins* 2005;(3):131-8.
3. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie 2004-810 août 13, 2004.
4. Michel P, Keriél-Gascou M, Kret M, Mosnier A, Dupie I, Chanelière M, et al. Etude nationale en Soins PRIMaires sur les événements indésirables (ESPRIT 2013). Rapport final. CCECQA, Bordeaux 2013 *Health*, 20(4), 355-62.
5. Galam E. Dédramatiser et travailler nos erreurs. *Rev Prat Med Gen*. 2005;19(33):377-80.
6. Dovey SM, Meyers DS, Phillips RL, Green LA, Fryer GE, Galliher JM, et al. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. *Qual Saf Health Care*. 9 janv 2002;11(3):233-8.
7. Laplanche J., Pontalis J. B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Presses univ. de France 1968.
8. Mizrahi T. Managing medical mistakes: Ideology, insularity and accountability among internists-in-training. *Social Science & Medicine* 1984;19(2):135-46.

9. Fisseni G, Pentzek M, Abholz H-H. Responding to serious medical error in general practice—consequences for the GPs involved: analysis of 75 cases from Germany. *Family Practice* 1 févr 2008;25(1):9-13.
10. Latil, F. Place de l'erreur médicale dans le système de soins. *Acta Endoscopica* 2007;37(4), 509-520.
11. Michel P, Quenon J. L, de Sarasqueta A. M, & Scemama O. L'estimation du risque iatrogène grave dans les établissements de santé en France: les enseignements d'une étude pilote dans la région Aquitaine 2012.
12. Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ* 18 mars 2000;320(7237):726-7.
13. Scott S. D, Hirschinger L. E, Cox K. R, McCoig M, Brandt J & Hall L. W. The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Quality and Safety in Health Care* 2009;18(5), 325-330.
14. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. How house officers cope with their mistakes. *West J Med.* nov 1993;159(5):565-9.
15. Aasland OG, Førde R. Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. *Qual Saf Health Care* 2 janv 2005;14(1):13-7.
16. Hu Y-Y, Fix ML, Hevelone ND, Lipsitz SR, Greenberg CC, Weissman JS, et al. Physicians' Needs in Coping with Emotional Stressors: The Case for Peer Support. *Arch Surg* mars 2012;147(3):212-7.
17. Newman MC. The emotional impact of mistakes on family physicians. *Arch Fam Med* févr 1996;5(2):71-5.

18. Venus E, Galam E, Aubert J-P, Nougairède M. Medical errors reported by French general practitioners in training: results of a survey and individual interviews. *BMJ Qual Saf* 2012;bmjqs - 2011-000359.
19. Aaraas I, Jones B & Sen Gupta T. Reactions to adverse events among Australian and Norwegian doctors. *Australian family physician* 2004;33, 1045-1046.
20. Vincent C, Phillips A & Young M. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *The Lancet* 1994;343(8913), 1609-1613.
21. Mazor K M, Simon S. R & Gurwitz J H. Communicating with patients about medical errors: a review of the literature. *Archives of internal medicine* 2004;164(15), 1690-1697.
22. Waterman A D, Garbutt J, Hazel E, Dunagan W C, Levinson W, Fraser V J & Gallagher T H. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2007;33(8), 467-476.
23. Sirriyeh R, Lawton R, Gardner P & Armitage G. Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. *Quality and Safety in Health Care* 2010;19(6), 1-8.
24. Vincent C. Understanding and responding to adverse events. *N Engl J Med*. 13 mars 2003;348(11):1051-6.
25. Galam, É. *L'erreur médicale, le burn-out et le soignant*. Springer Science & Business Media 2012.

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

1- Présentation

- . De l'enquêteur
- . Du travail
- . De l'enquêté : Age, sexe, durée d'exercice professionnel
Mode de pratique : Rural /semi-rural / urbain
Cabinet seul / en groupe

2- Les faits

Racontez-moi le ou les événements (1 à 3) où vous avez commis une erreur médicale, qu'elle ait eu ou non des conséquences juridiques.

Quand ? Où ? Comment ?

Conséquences pour le patient ?

Réactions du patient et / ou de sa famille ?

Réactions du corps professionnel ?

3- Votre opinion

- . Causes de l'erreur ? Responsabilités → Du médecin
Du contexte
Du patient
Du système de soins

. Votre erreur était-elle évitable ?

4- Impact et gestion

. A qui en avez-vous parlé ? (collègues, proches, patients et / ou famille du patient)

. Estimez-vous avoir reçu un soutien adapté ?

. Quel en a été l'impact ?

→ Niveau de responsabilité, de culpabilité ?

→ Avez-vous mis en route des mécanismes de défense ?

→ Sentiment de dévalorisation ?

→ Répercussions sur votre pratique ? Avez-vous modifié des choses ?

→ Répercussions sur le plan personnel et familial ?

→ Combien de temps cette erreur a-t-elle eu un impact sur vous ?

5- Quels sont selon vous les changements à apporter ?

. Au niveau du système de soins ?

. Au niveau médico-légal et juridique ?

. Au niveau des patients ?

. Dans votre pratique professionnelle ?

. Dans votre conception de la médecine, des rapports humains, de votre implication ?

Impact de l'erreur médicale sur le médecin généraliste

Étude qualitative auprès de 14 médecins de l'Oise

Introduction : L'erreur médicale fait partie de la pratique du médecin. Le patient en est la première victime, le médecin la seconde. Quelles sont les conséquences personnelles et professionnelles pour le médecin généraliste ?

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 14 médecins généralistes de l'Oise.

Résultats : Les erreurs étaient d'abord diagnostiques, relationnelles et administratives devant les erreurs techniques, thérapeutiques et d'investigation. La responsabilité était partagée dans la plupart des cas. Treize médecins se sont confiés à au moins une personne, 12 à un confrère et la moitié à un proche. Dans la moitié des cas le soutien reçu était considéré comme adapté. Les conséquences émotionnelles étaient nombreuses : culpabilité, dévalorisation, colère, angoisse... Des mécanismes de défense (déli, minimisation et distanciation) étaient mis en route par la plupart des médecins. Presque tous les médecins avouaient des conséquences dans leur pratique : vigilance accrue, changements dans l'organisation du travail, dans la démarche diagnostique et thérapeutique et des modifications dans la relation médecin-patient. Afin de mieux gérer les erreurs les médecins souhaitaient surtout améliorer la communication.

Discussion : Nos résultats étaient concordants avec les données de la littérature. La dimension affective de l'erreur était prépondérante et suscitait chez le médecin culpabilité et dévalorisation.

Conclusion : L'impact de l'erreur médicale fait du médecin une seconde victime. Une amélioration de la formation des médecins généralistes pourrait en minimiser les conséquences.

Mots clés : erreurs médicales, médecine générale, pratique professionnelle, burnout

Impact of medical errors on the general practitioner

Qualitative study with 14 doctors of the Oise

Introduction: Medical error is part of the physician's practice. The patient is the first victim, the doctor the second. What are the personal and professional consequences for the general practitioner?

Method: This was a qualitative study by semi-structured interviews with 14 GPs of the Oise.

Results: The errors were first diagnostic, relational and administrative before technical, therapeutic and investigation failures. The responsibility was shared in most cases. Thirteen doctors confided themselves at least to one person, 12 to a colleague and half to a close. In half the cases the support received was considered adapted. The emotional consequences were numerous: guilt, worthlessness, anger, anxiety ... Defense mechanisms (denial, discounting and distancing) were initiated by most doctors. Almost all doctors admitted consequences in their practice : increased vigilance, changes in work organization, in the diagnostic and therapeutic approach and changes in the doctor-patient relationship. To better handle errors doctors wanted above all improve communication.

Discussion: Our results were corresponding with literature data. The emotional dimension of the error was preponderant and caused doctor guilt and worthlessness.

Conclusion: The impact of medical errors makes the doctor a second victim. To improve formation of the general practitioners could minimize the consequences.

Keywords: medical errors, family practice, professional practice, professional burnout