

Trace d'apprentissage

Sandra Cybulski

Interne des Hôpitaux de Paris et médecin remplaçant en libéral, 58 avenue du vert galant, 93420 Villepinte

Résumé

L'erreur médicale se définit comme un acte involontaire, réalisé par un professionnel de santé. Il peut s'agir d'une erreur par omission, une action qui devait être faite et ne l'a pas été, ou par commission, un acte qui ne devait pas l'être et a été réalisé. Les carences avérées de connaissance médicale représenteraient 2 % des erreurs. L'erreur n'a pas forcément de conséquence pour le patient à la différence de l'événement indésirable lié au soin (EIAS), qui lui-même n'est pas forcément lié à une erreur.

L'implication dans une erreur médicale est toujours une épreuve difficile pour un soignant. Les poursuites judiciaires sont toujours une épreuve et un moment de doute de soi. Le médecin qui a fait l'erreur est touché par le processus juridique qui se met en place, avec des impacts multiples sur sa vie professionnelle et personnelle. On l'appelle la « seconde victime ».

Dans un second article nous aborderons l'expertise qui accompagne la mise en cause.

• Mots clés

erreurs médicales ; événements indésirables.

Abstract. I also have the right to make errors (as merely as possible I hope!)

Medical error is defined as an involuntary act performed by a health professional. It may be an omission error, an action that was to be and was not done, or by commission, an act that should not have been done and has been done. Deficiencies in medical knowledge would account for 2% of errors. The error does not necessarily have consequences for the patient unlike the undesirable event related to the care (EIAS), which itself is not necessarily linked to an error.

Involvement in a medical error is always a difficult test for a caregiver. Lawsuits are always a test and a moment of self-doubt. The doctor who made the mistake is affected by the legal process that is taking place, with multiple impacts on his professional and personal life. He/she is called the "second victim".

In a second article we will discuss the expertise that accompanies the challenge.

• Key words

medical errors; side effects.

DOI: 10.1684/med.2018.305



J'ai aussi le droit de me tromper (le moins souvent possible j'espère !)

J'ai fait une erreur moi aussi, en tout début d'internat. Elle n'a heureusement pas attenté à la vie de quelqu'un, mais cette erreur m'a marquée. Sur le moment, je l'ai très mal vécue. J'ai eu la chance d'avoir le support de ma chef, ses conseils, puis en en parlant autour de moi, le soutien de mes collègues internes.

Une annonce malencontreuse

Premier semestre, stage de gériatrie. Le matin, de 8h30 à 9h15, un interne garde le bip d'urgence. Il est seul médecin du bâtiment qui comprend deux étages de gériatrie et les soins de suite et rééducation. Ce matin, j'arrive à 8h30 et je suis bipée pour constater un décès dans le service de gériatrie (que je ne connais pas). J'y arrive, l'infirmière me dit « *c'est la patiente du 126 fenêtre* ». Pas de nom de famille. Juste un numéro de chambre. J'entre et constate que la patiente est bien décédée. Elle est pâle, cachectique, semble âgée d'environ 80 ans. Je sors de la chambre et m'assoie devant l'ordinateur dans le bureau des médecins. Je clique sur le dossier de la chambre 126. Je jette un coup d'œil rapide sur la fiche de la patiente : 78 ans, déshydratation et décompensation cardiaque. Le traitement avait été efficace et la patiente devait retourner à sa maison de retraite le lendemain. Je note dans le dossier : « *décès qui semble réel et constant, tel jour à telle heure* ». Décidant de tenir mon rôle jusqu'au bout, je prends l'initiative de prévenir la famille. Je tape le numéro de téléphone du petit-fils de la patiente. Il répond. « *Êtes-vous bien le petit-fils de Madame X ?* » lui demandé-je. « *Oui, me répond-il* ». Je lui annonce alors qu'elle vient malheureusement de décéder. Très peiné, il me dit qu'il va prévenir sa famille et qu'ils viendront dans le service dans la matinée.

Après cela, je commence ma journée habituelle dans mon service, les médecins étant progressivement tous arrivés dans leurs secteurs respectifs.

Vers 10 h 30, un interne d'un autre étage m'appelle. « *Pourquoi n'as-tu pas mis de mot dans le dossier de la patiente décédée ce matin ?* » me demande-t-il. Moi, je suis sûre d'avoir écrit un mot. « *Dans le dossier de Madame Y. ? Tu es sûre ?* ». Le nom de la dame ne me dit rien. Moi, j'ai tout noté dans celui de Madame X. . . Un doute m'assaille. « *Madame X. ? Non, Madame Y. . .* » Et je me rends compte que je me suis trompée de dossier. Pas seulement pour écrire le mot de constat de décès mais aussi. . . pour la famille. J'ai prévenu la mauvaise famille. Et ils sont en route pour l'hôpital !

Complètement angoissée, j'en parle tout de suite à ma chef. Elle me rassure et me dit qu'il faut arranger cela.

Lorsque la famille arrive, le médecin du service les prévient de l'erreur, puis nous faisons une réunion avec eux, ma chef, le médecin de l'étage de la patiente et moi. Ma chef me soutient, s'excuse, affirme que l'erreur est humaine et que tout le monde peut se tromper. Les membres de la famille sont perturbés, le petit-fils de la patiente, finalement pas décédée, est assez en colère mais ma chef parvient à leur expliquer qu'étant interne de premier

semestre, il pouvait arriver que je fasse des erreurs et que finalement, il n'y avait pas mort d'homme.

La situation s'est aplanie. À la réunion suivante qui réunissait les chefs des différents services et la directrice, il a été annoncé que l'interne ne devait pas annoncer seul un décès et qu'il valait mieux, quand c'était possible, attendre que le médecin qui connaît le patient arrive dans le service.

Cette erreur n'a pas porté atteinte à la santé de quelqu'un mais plutôt au psychisme de la famille. Cela m'a appris à être très consciencieuse sur la question de l'identité du patient. De ne pas l'appeler par un numéro de chambre par exemple. De vérifier que je clique sur le bon dossier. Et d'éviter d'annoncer un décès par téléphone, ce que j'avais appris durant l'externat mais que j'avais mis de côté, voulant faire comme les médecins du service où je travaillais.

Je devais comprendre comment cela a pu arriver

L'erreur est humaine, oui, mais en médecine, ses conséquences peuvent être très graves. Ces expériences m'ont conduite à produire cette trace qui parlera de l'erreur médicale et des poursuites judiciaires des médecins.

Concernant ma propre erreur d'annonce du décès à la mauvaise famille, j'ai sur le moment ressenti beaucoup d'émotions : angoisse, stress, remords, doutes et remise en question. Étant qui plus est en premier semestre, il s'agissait de ma première erreur importante, et j'ai eu du mal à prendre du recul. Je suis passée par plusieurs étapes pour surmonter les sentiments négatifs du début et construire sur les conclusions de cette faute.

– Tout d'abord, il s'agissait d'un service que je ne connaissais pas et d'une patiente qui avait été nommée par son numéro de chambre. L'infirmière qui m'avait appelée dans le service revenait de vacances et ne connaissait pas non plus les patients.

– Sur l'ordinateur, j'ai cliqué trop vite sur le dossier, n'ai pas bien regardé ce qui était écrit dans les antécédents et l'histoire de la maladie.

– Je n'ai pas eu le réflexe de comparer la théorie (du dossier médical) avec la réalité (la patiente que je voyais devant moi).

– Ensuite, j'ai appelé la famille alors que je n'y étais pas obligée et j'aurais dû attendre l'arrivée du médecin du service. L'annonce aurait été faite au calme, par un médecin au courant de l'histoire de la maladie et qui aurait pu répondre aux éventuelles questions de la famille.

Ce que j'ai retenu de cette erreur

J'ai appris à toujours vérifier l'identité du patient en lui demandant son nom, si c'est possible, ou en regardant sur

son bracelet d'identification, à vérifier la concordance avec le dossier et à laisser l'annonce du décès au médecin qui connaît le patient.

J'ai reconnu l'importance du soutien des collègues et des chefs, lorsque j'en ai eu besoin.

A posteriori, je me suis rendu compte de l'importance de parler de mes erreurs, avec ma famille, mes amis, mes co-internes et parfois mes chefs. Cela permet d'extérioriser ses doutes, ses émotions négatives, et cela a fait rire certains collègues et dédramatisé la situation. En parler avec mes co-internes a peut-être permis à d'autres de se rendre compte que nous étions tous au même niveau, tous touchés par les erreurs, que nous ne sommes pas seuls et qu'il est possible de trouver du soutien quand on le recherche.

Erreur et événements indésirables

L'erreur médicale

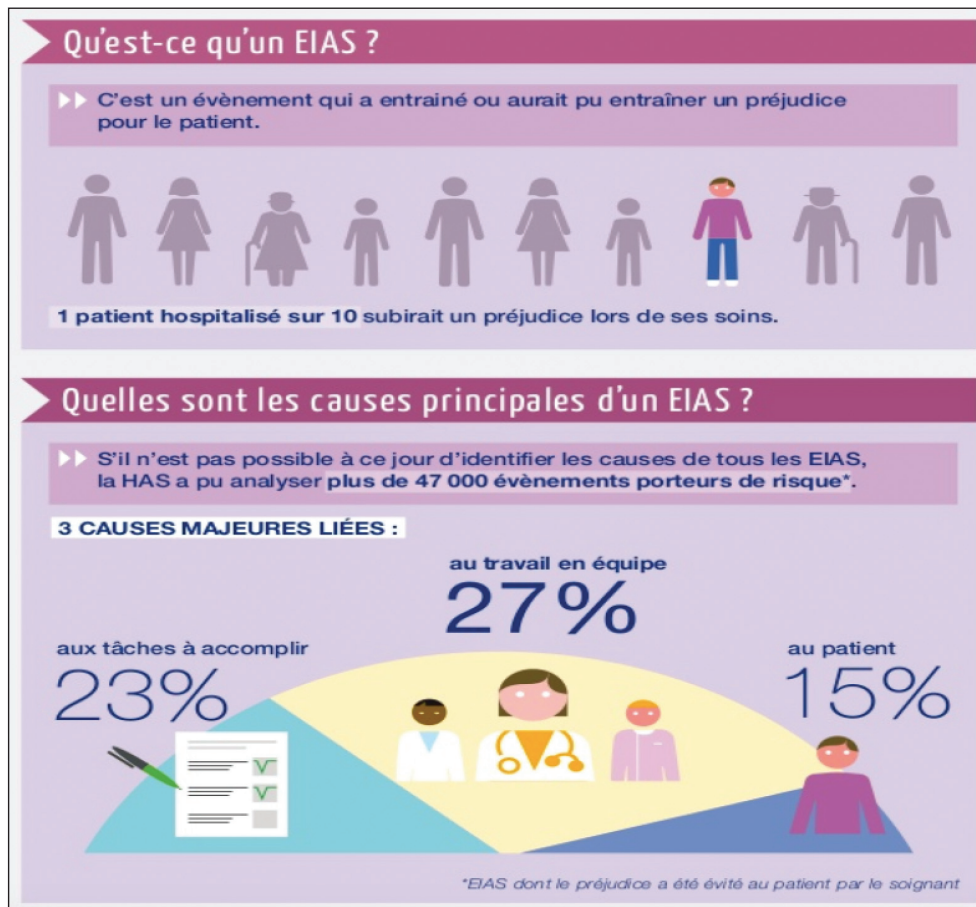
C'est un acte involontaire, réalisé par un professionnel de santé, qui empêche d'atteindre le résultat escompté. L'erreur est toujours humaine, comme le dit l'expression latine « *errare humanum est, perseverare diabolicum* ». Elle peut être une erreur par omission, c'est-à-dire qu'une action devait être faite et ne l'a pas été, ou par commission, un acte qui ne devait pas l'être a été réalisé. Les carences avérées de connaissance médicale représenteraient 2 % des erreurs [1].

L'erreur individuelle du professionnel n'est pas la cause principale de l'erreur médicale. En effet, dans un cas sur trois, c'est le travail en équipe (27 %), dont la communication, qui en est la cause, puis des dysfonctionnements liés aux tâches à accomplir, et enfin des causes liées au patient lui-même.

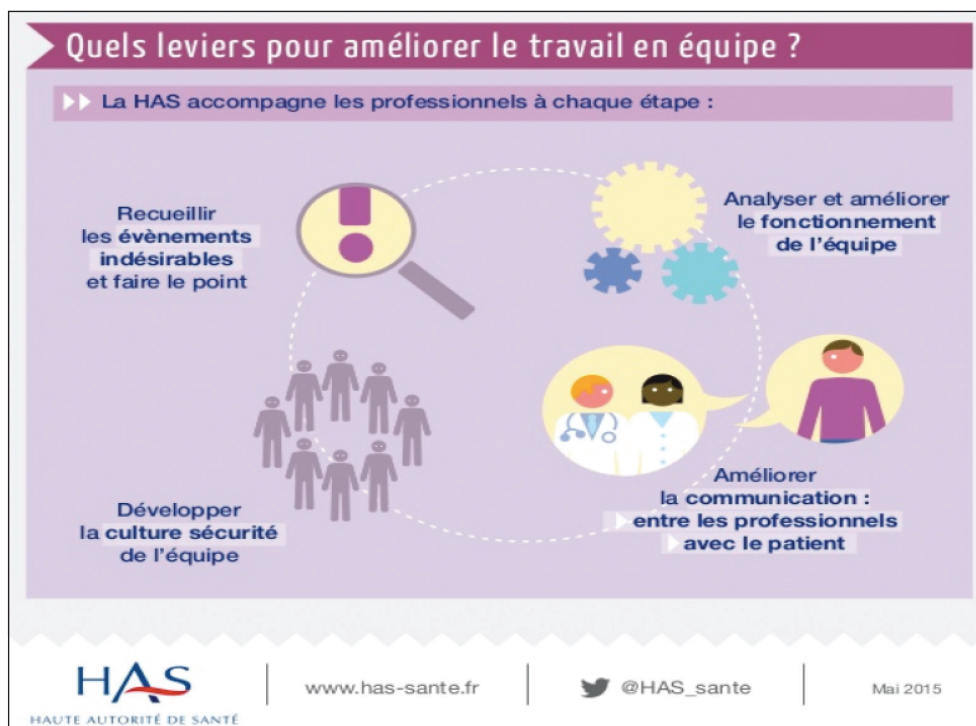
Les événements indésirables associés aux soins (EIAS)

Selon la définition de la Haute Autorité de Santé (HAS) ce sont des événements liés aux soins et non à l'évolution normale de la maladie, qui auraient pu ou ont entraîné un préjudice pour le patient [2] (*figure 1*). C'est aussi ce qu'on appelle l'iatrogénie.

L'atteinte n'est pas forcément grave ou source de conséquences durables mais n'était ni souhaitée ni souhaitable. De plus, on souhaite qu'elle ne se reproduise pas. L'EIAS n'est pas forcément lié à une erreur. À l'inverse l'erreur n'a pas forcément de conséquence sur le patient. On parle alors d'un Événement Porteur de Risque (EPR) qui mérite cependant d'être analysé pour en tirer enseignement et qui peut l'être d'autant plus facilement qu'il ne s'accompagne pas de souffrances pour les patients ou de culpabilité pour les soignants impliqués (*figure 2*).



• Figure 1. Définition et causes des événements indésirables associés aux soins (document HAS).



• Figure 2. Leviers pour améliorer le travail en équipe (document HAS).

Le ressenti des médecins mis en cause

Histoire naturelle de l'erreur médicale

Selon une étude de Scott *et al.* [3, 4], l'erreur médicale entraîne un processus en six stades, à partir du moment de l'erreur jusqu'à l'influence qu'elle a sur la pratique professionnelle :

1. Chaos et réponse à l'accident.
2. Réflexions intrusives.
3. Restauration de l'intégrité personnelle.
4. Souffrance de l'inquisition.
5. Recherche du premier soutien émotionnel.
6. Dépassement avec trois possibilités : lâcher le métier ou changer de pratique ou de lieu, continuer en gardant une cicatrice ou s'en enrichir en tirant des enseignements.

La « seconde victime »

Le terme de « seconde victime » a été initié par Albert Wu en 2000 dans un éditorial du BMJ [5] : « *Quand j'étais interne, un autre résident n'avait pas identifié les signes électrocardiographiques d'une tamponnade péricardique qui a précipité le patient à la salle d'opération tard dans la nuit. Les nouvelles se sont diffusées rapidement et le cas a été traité à plusieurs reprises devant un jury incrédule de pairs, qui ont porté un jugement d'incompétence. J'ai été consterné par le manque de sympathie et je me suis secrètement demandé si je pourrais avoir fait la même erreur et, comme le résident malchanceux, devenir la seconde victime de l'erreur.* ».

L'implication dans une erreur médicale est toujours une épreuve difficile pour un soignant. Depuis le début de nos études, nous apprenons « *Primum non nocere* », « *en premier lieu, ne pas nuire* ». Les médecins peuvent mal vivre de violer ce commandement, qui plus est lorsqu'il y a des poursuites judiciaires de la part des patients, et parfois l'absence de soutien des collègues.

En 2010, une revue de la littérature [6] a examiné les effets psychologiques d'une erreur médicale sur le professionnel de santé. Vingt-quatre études ont été incluses. Les réactions rapportées étaient :

- une détresse émotionnelle avec honte, culpabilité, remords, crainte, panique, colère, choc et humiliation, doute sur soi-même, sentiment d'échec et d'incompétence, dépression, perte de confiance, modification du regard porté sur les patients et les collègues ;
- dans le cadre professionnel, des réactions négatives ont été remarquées : une méfiance, un détachement et une diminution de la bienveillance envers les patients ; une atteinte à la réputation professionnelle. Certains auteurs

ont décrit des réactions positives : changement de pratique, actions correctrices dans les services...

Une thèse qualitative [7] a voulu explorer les sentiments de médecins généralistes ayant été impliqués dans une procédure judiciaire. Au cours d'entretiens, ils ont exprimé leur ressenti lors de leur mise en cause :

- la surprise : « je ne m'attendais pas à ce que ça m'arrive à moi » ;
- la déception et le sentiment de trahison du patient ;
- l'impression de vénalité du patient, l'attrait du dédommagement financier ;
- le ressentiment et la colère vis-à-vis du système judiciaire : certains médecins avaient le sentiment que la justice n'était pas adaptée à la médecine, qu'il était difficile de comprendre la situation de l'extérieur ;
- le sentiment d'injustice ;
- sentiment de choc, de culpabilité, de déstabilisation ;
- le sentiment de honte ;
- la solitude dans l'épreuve : l'absence de soutien de la part des confrères, de l'Ordre des Médecins, l'absence d'interlocuteur auprès des assurances...

Quel était l'impact psychologique sur ces médecins ? D'après cette étude, chez la plupart des médecins existait un stress réactionnel pénible pouvant aller jusqu'à un syndrome dépressif et à des idées suicidaires. Certains ont pensé à changer de métier.

Ainsi, lorsqu'une erreur médicale survient, il peut y avoir plusieurs victimes, comme par exemple pour le cas suivant en mai 2012, rapporté à l'époque par le *Quotidien du Médecin* :

- Janvier 2010. À Montpellier, un bébé est frappé de paraplégie à la suite d'une erreur de dosage : *première victime*.
- Mars 2010 : l'anesthésiste de 31 ans, effondré, se suicide : *deuxième victime*.
- Avril 2010 : le directeur général du CHU de Montpellier est suspendu : *troisième victime*.
- 2010 et suivantes : anesthésistes, hôpital, autres patients... victimes collatérales.

La peur du procès

Une étude de Plu *et al.* [8] s'est demandé si la crainte d'une mise en cause judiciaire existait réellement chez les médecins généralistes. Une augmentation du nombre de procès contre les médecins était vraie pour 75 % d'entre eux. La peur du procès avait entraîné les médecins à modifier leur pratique professionnelle, notamment la tenue du dossier médical (55 %) et le respect du secret professionnel (44 %).

La sinistralité et la crainte qu'elle produit sur le médecin font partie des causes de burnout qui frappe près de 40 % des médecins libéraux.

L'impact sur les pratiques

Une étude de 2003 [9] a demandé à des résidents quelle avait été leur plus grande erreur médicale et leur réaction. La majorité (98 %) des résidents rapportait un changement dans leur pratique : prêter plus attention aux détails, confirmer personnellement les données cliniques, demander des avis, faire des demandes aux collègues ou aux supérieurs, lire, rechercher des références...

Selon Eric Galam dans son livre *L'erreur médicale, le burnout et le soignant* [10], il y a sept clés pour passer de la seconde victime au premier acteur (celui qui réagit, répare ses erreurs, s'améliore dans sa pratique) :

1. analyser et comprendre *in vivo* ;
2. développer la réflexivité ;
3. échanger avec collègues et patients ;
4. signaler les événements indésirables ;
5. accompagner les soignants ;
6. transmettre la culture de sécurité ;
7. articuler les différents registres.

Conclusion. De la seconde victime au premier acteur [10]

« Tu as le droit de ne pas savoir, mais tu n'as pas le droit de te tromper ». Cette affirmation incite à rechercher partout la réponse lorsqu'on ne sait pas quelque chose, afin d'être toujours sûr de prescrire le bon traitement ou bilan biologique. On a le droit de ne pas savoir quelque chose.



Pour la pratique

- L'erreur médicale est fréquente. La surcharge de travail et le manque de disponibilité sont une des explications.
- Les poursuites judiciaires chez les médecins sont toujours une épreuve et un moment de doute de soi. Le médecin qui a fait l'erreur est touché par le processus juridique qui se met en place, avec des impacts multiples sur sa vie professionnelle et personnelle. On l'appelle la « seconde victime ».
- Certains médecins qui ont été poursuivis vont jusqu'à abandonner la pratique de la médecine. Mais il y a un moyen de surmonter cette épreuve, par un travail de réflexion sur ses pratiques, de renforcement de la sécurité, de discussion avec des collègues, avec les patients... Si le médecin en cause suit ce chemin pour améliorer sa pratique après un impair, il pourra devenir « le premier acteur » dans la prévention, la promotion de la santé, la sécurité et la relation de confiance avec le patient.

Cependant, j'aimerais dire aujourd'hui que j'ai aussi le droit de me tromper, le moins souvent possible j'espère. Ce qui importe, c'est de savoir rattraper ses erreurs, apprendre d'elles, communiquer toujours avec le patient et faire régner la confiance dans la relation médecin-malade.

~ Liens d'intérêts : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. Victime d'un accident médical : quels recours ? 66 millions d'impatisiens (en ligne), (consulté le 25/07/2016), <http://www.66millionsdimpatisiens.org/la-qualite-de-vos-soins/victime-dun-accident-medical-quels-recours/>.
2. Comprendre pour agir sur les événements indésirables associés aux soins, HAS (en ligne), http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2011561/fr/comprendre-pour-agir-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias.
3. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 2009 ; 18 : 325-30.
4. Galam E. Erreur médicale : de la seconde victime au premier acteur. *Médecine* 2012 ; 8 (7) : 317-22.
5. Wu AW. Medical error: The second victim: The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* 2000 ; 320 (7237) : 726-7.

6. Reema S, Lawton R, Gardner P, Armitage G. Coping with medical error: A systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. *Qual Saf Health Care* 2010 ; 19 : 1-8.
7. Finon M. Le médecin face à la justice : entretiens avec 15 généralistes ayant vécu une procédure judiciaire. [Thèse de doctorat. Médecine]. Faculté de Paris Descartes. 2014.
8. 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 MG* 2007 ; 762/763 : 295-7.
9. Wu AW, Folkman S, McPhee, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? *Qual Saf Health Care* 2003 ; 12 : 221-8.
10. Galam E. *L'erreur médicale, le burnout et le soignant*. Paris : Springer, 2012.