

MEMOIRE

EN VUE DE L'OBTENTION DU DES DE MEDECINE GENERALE

L'erreur médicale: Enquête auprès de 156 médecins généralistes libéraux installés en Martinique

Présenté et soutenu publiquement à la Faculté de Médecine des Antilles et de la Guyane et examiné par les enseignants de la dite Faculté

16 Mai 2014

Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale

*Par **Laura CERLAND***

Née le 23/09/1987

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	2
II.GENERALITES SUR L'ERREUR MEDICALE	3
1. Définition	3
2. Classification des erreurs.....	4
3. Epidémiologie	5
III. ENQUETE SUR LES ERREURRS MEDICALES EN MARTINIQUE	8
1. INTRODUCTION	8
2. MATERIEL ET METHODE	8
2.1 Type d'étude	8
2.2 Objectifs	8
2.3 Schéma d'étude.....	8
2.3 Recueil de données.....	9
2.4 Analyse statistique.....	10
3 .RESULTATS	10
3.1 Questionnaires.....	10
3.2 Analyse des données sociodémographiques.....	11
3.3Analyse des données qualitatives.....	13
3.4 Lien entre les conséquences médicales de l'erreur et d'autres variables.....	22
3.5 Lien entre la nature de l'erreur et d'autres variables	23
IV. DISCUSSION	26
V.CONCLUSION	38
REFERENCES BIBLIOGRAPIQUES	39
ANNEXES	43

I. INTRODUCTION :

Figurant parmi les principaux acteurs de la Santé en France, les médecins généralistes sont confrontés à un risque élevé de survenue d'erreur médicale compte tenu de la particularité de l'exercice de leur profession en soins primaires.

Cette erreur médicale peut avoir des conséquences non négligeables sur la santé tant physique que mentale et émotionnelle du patient.

Si l'accès aux informations médicales par le grand public est devenu aisé de par la médiatisation de l'erreur médicale et de ses conséquences tant sur le plan humain que juridique, la principale question qui revient concerne les coûts inhérents à la santé. L'erreur médicale restant encore un tabou, l'étude de la nature de celle-ci, de ses conséquences, de son impact sur le médecin généraliste est presque ignorée.

Ainsi l'erreur médicale et ses conséquences constituent aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique d'autant plus que la nature et la fréquence de ces erreurs sont encore inexplorées.

La survenue d'une erreur renvoie souvent à la notion de faute et au sentiment de culpabilité, la crainte d'une sanction judiciaire l'emportant souvent sur la reconnaissance de l'erreur. Or, la déclaration d'une erreur et son analyse permettent d'en comprendre les origines, constituant ainsi un élément essentiel de sa prévention qui pourra réduire le nombre d'erreurs médicales futures, d'améliorer la qualité des soins, et de diminuer les coûts de santé.

L'objectif de cette enquête est de décrire les erreurs médicales reconnues et caractérisées par les médecins généralistes libéraux installés en Martinique et d'identifier les facteurs associés à la survenue de ces erreurs.

L'objectif secondaire est d'évaluer l'impact psychologique de ces erreurs sur les médecins ainsi que le retentissement sur leurs pratiques professionnelles.

II. GENERALITES SUR L'ERREUR MEDICALE

1. Définition

Les définitions utilisées dans la littérature sont nombreuses et varient en fonction de la méthodologie et de l'objectif de l'étude. Le choix de la définition et de la taxonomie est un élément important pour la base de cette étude. La définition de l'erreur médicale la plus adaptée à notre enquête doit être pertinente, acceptable par des médecins et applicable à la médecine ambulatoire. La définition que nous retenons pour notre étude est celle de Dovey [1].

L'erreur médicale

L'erreur médicale est définie comme toute forme de soins impropres, retardés, ou omis portant préjudice au patient, soit en aggravant les conséquences médicales, soit en causant un stress émotionnel ou physique. Dovey considère comme erreur, tous les événements qui sont survenus dans la pratique et qui n'auraient pas dû arriver. Ces événements peuvent être importants ou non, d'ordre clinique ou administratif. L'auteur insiste sur le caractère évitable de ces erreurs et leur possibilité de prévention [1].

Cette définition a été utilisée par Makeham pour le développement de sa taxonomie [2].

GALAM modifie cette définition, et considère l'erreur médicale comme un dysfonctionnement se rapprochant et s'apparentant au caractère d'évitabilité de certains événements indésirables. Cette erreur peut provenir selon lui, du non-respect des politiques de santé, des protocoles, des consensus, des règles de soins mais également suite à une inattention, une distraction, un oubli ou tout autre événement fortuit survenant lors du soin [3].

Dans le but d'éviter toute confusion, il s'avère nécessaire de rappeler la définition de certains termes médicaux se rapportant dans la littérature à l'erreur médicale: les événements indésirables, et la faute.

Un événement indésirable

L'événement indésirable est défini comme « un événement défavorable pour le patient, consécutif aux stratégies et actes de diagnostic, de traitement, de prévention, de réhabilitation. Il est évitable si l'on peut estimer qu'il ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de sa survenue » [4].

Selon le Ministère de la santé, un effet indésirable est un événement clinique ou para clinique, non désiré par le patient et lié aux soins. Cette définition a été utilisée dans une grande enquête française [5].

Les facteurs contributifs peuvent être liés au patient lui-même (terrain, comorbidités, facteurs de risques...) aux professionnels, à l'équipe de soins, aux matériels et produits de santé utilisés, à l'organisation des soins et aux facteurs institutionnels.

La faute

Dans le cadre médical, la faute correspond à un manquement aux obligations contractuelles existant entre un médecin et son patient. En effet, le médecin fait défaut à toutes ses obligations de prise en charge du patient, et manque de professionnalisme c'est-à-dire d'organisation, de rigueur et d'attention.

Qualifier un acte de « faute » nécessite ainsi qu'il y ait eu à la fois infraction aux règles de bonne pratique, et négligence de la part du médecin impliqué dans la relation de soins [6].

D'un point de vue légal, la faute se doit d'être prouvée. Quand elle survient, la sanction judiciaire suppose une plainte civile ou pénale à condition qu'il y ait préjudice suite à la faute ou bien qu'il existe un lien de causalité entre les deux.

2. Classification des erreurs médicales

Décrire et classer les différents types d'erreurs susceptibles de survenir constituent une étape essentielle dans la démarche d'analyse et de compréhension de la genèse de l'erreur médicale.

De nombreux articles ont été publiés sur ce sujet, et tous les auteurs s'accordent à dire que classer les erreurs est un préalable indispensable à leur compréhension [7, 8, 9,10].

Il existe différentes façons de classer les erreurs, ce qui rend difficile la création d'une seule classification à laquelle se référer [7]. La variété des définitions employées dans la littérature peut représenter une difficulté pour déterminer les méthodes à utiliser afin de dépister et classer les erreurs.

Une synthèse de la littérature a été réalisée à propos de plusieurs classifications [1,11, 12, 13, 14,15] des erreurs en médecine de soins primaires [10], et permet de disposer de la classification simplifiée suivante :

ERREURS MEDICALES			
Liées au DIAGNOSTIC	Liées au TRAITEMENT		Liées à la PREVENTION
Dues aux SYMPTOMES	MEDICAMENTEUX	NON MEDICAMENTEUX	- inappropriée - retardée - oubliée - avec complications
- mauvais diagnostic - diagnostic manqué - retard de diagnostic	- molécule incorrecte - erreur de posologie - administration retardée - administration omise	- inapproprié - retardé - oublié - avec complications	

ERREURS DE PROCEDURES			
Liées au CLINICIEN	Liées à la COMMUNICATION	Liées à des FACTEURS ADMINISTRATIFS	AUTRES FACTEURS
- jugement clinique - compétences	- médecin/patient - médecin/médecin - médecin /établissement de santé	- clinicien - pharmacien - fournisseurs - gestion du cabinet	- problèmes personnels - compagnies d'assurance - réglementation - lieu d'exercice - système de santé global

Klotz dans son ouvrage de référence sur l'erreur médicale présente une taxonomie de l'erreur basée sur les processus cognitifs qu'il identifie comme étant à l'origine des erreurs médicales. (Classification de Klotz en *annexe 1*) [9, 16,17].

Il a développé une taxonomie des erreurs médicales en soins primaires et a proposé une catégorisation des erreurs signalées par 42 médecins .Devant le faible échantillon de cette étude, Makeham et al [2] ont repris et complété la taxonomie préliminaire de Dovey. (*Annexe 2* : taxonomie de Dovey complétée par Makeham).

Elder et al ont effectué une revue de la littérature en 2001 pour proposer une classification des erreurs médicales et des événements indésirables dans le soin primaire. Ils ont retenus la taxonomie de Klotz et la taxonomie de Dovey complétée par Makeham car ces taxonomies sont une base suffisamment informative pour décrire les erreurs [18].

3. Epidémiologie :

En France

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude menée en France sur « l'erreur médicale » en soins primaires. Les principales études ont été réalisées en milieu hospitalier, et concernaient les « évènements indésirables ». Actuellement, la connaissance épidémiologique des risques associés aux soins en France est suffisante pour établir des priorités d'actions dans le secteur hospitalier, mais beaucoup plus parcellaire dans le secteur de médecine ambulatoire.

A notre connaissance, trois études épidémiologiques nationales ont permis, une estimation de la fréquence de certains événements indésirables graves (EIG) en soins primaires.

Les événements survenus en ville et détectés en établissement de santé représentent une petite partie, sans doute la plus grave, de l'ensemble des événements du secteur de soins primaires. Les événements indésirables associés aux soins (EIAS) en soins primaires sont très variés et différent de ceux du secteur hospitalier.

-L'étude ENEIS (Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins) donne un aperçu de la situation en soins ambulatoires. Publiés en 2005, les résultats d'enquête montrent que chaque année se rencontrent en France « 125000 à 205000 séjours hospitaliers causés par des événements indésirables liés aux soins pourraient être évités ». Il s'agit d'une enquête statistique menée sur 4839 patients dans 292 unités de soins de 71 établissements qui montre que 4% des hospitalisations sont causées par des EIG.

Les hospitalisations engendrées par les EIG de ville sont ainsi chiffrées entre 175000 et 200000 par an, soit 3,5% des admissions en chirurgie et 4,5% en médecine générale, alors que les EIG apparaissant pendant l'hospitalisation se situent entre 350000 et 460000 par an. 37,8% de ces cas proviennent d'évènements indésirables (EI) médicamenteux contre 42,7% pour les EI survenus après des actes invasifs. La moitié de ces hospitalisations s'avère être de caractère évitable. Seulement 21 décès ont été recensés [19].

Une réédition de cette enquête a eu lieu en 2009. Cette nouvelle évaluation montre que chaque année au niveau national, 160 000 et 290 000 hospitalisations, et 95 000 et 180 000 EIG pendant l'hospitalisation, peuvent être considérés comme évitables. L'étude a été menée sur 8268 patients dans 251 unités de 81 établissements dans 31 départements. Parmi les 374 EIG identifiés pendant la période d'étude, 47% ont été considérés comme évitables [20].

-L'étude EVISA, publiée en 2011, a apporté des informations très riches sur les causes de survenue d'évènements dans les cabinets de médecine générale, mais était limitée par le mode de sélection des cas. Parmi les 2 946 patients inclus, 73 avaient été hospitalisés pour un EI lié à une prise en charge extrahospitalière, dont 52 considérés comme évitables par les médecins hospitaliers. La proportion de patients pour un EI évitable était de 1,8 %, très supérieure en médecine (2,7 %). Sur les 52 EI évitables, 16 (30 %) ont entraîné une incapacité à la sortie de l'hôpital et 17 étaient associés à une menace vitale dont un décès. Pour 23 patients (44 %), il n'y avait ni menace vitale ni incapacité [21].

-L'étude ESPRIT dont les résultats ont été publiés en 2013, avait pour objectif principal d'estimer en France l'incidence des événements indésirables associés aux soins (EIAS) évitables en médecine générale et d'en décrire la typologie. 127 médecins généralistes ont donc participé à l'étude. 344 EIAS (72%) ont été classés comme évitables, 131 (28%) étaient définis comme non évitables. Les événements indésirables graves ayant des conséquences cliniques pour le patient en

termes de décès, de menace vitale ou d'incapacité physique définitive sont très rares : ils ont été identifiés dans 0,07% des cas [22].

Ces études ont été réalisées sur les « événements indésirables ». Un des moyens disponibles pour aborder la problématique de l'erreur médicale est de s'intéresser à l'assurance professionnelle, à travers les procédures impliquant les médecins généralistes [9,23].

GALAM affirme par ailleurs qu'il s'agit en France, des seules données disponibles pour éclairer la situation des erreurs médicales en soins primaires [23].

Pour exemple, dans le dernier rapport des statistiques de la Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français (MACSF), les 45 787 médecins généralistes sociétaires ont adressé 505 déclarations (486 en exercice libéral, 19 en exercice salarié) soit une sinistralité de 1,3 % en exercice libéral (contre 1 % en 2011) : 40 plaintes pénales, 75 procédures civiles, 69 plaintes ordinaires, 205 réclamations et 116 saisies d'une Commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux [24].

Aux Etats-Unis :

Fondée sur la revue et relecture des dossiers médicaux de malades hospitalisés, la méthode rétrospective de la *Harvard practice study* [25] permet une quantification des erreurs et des événements évitables incluant ainsi les conséquences pour le patient. Le résultat des études effectuées avec cette méthode est relaté dans le tableau I qui montre les taux d'événements indésirables (EI), de ceux qui pouvaient être évités : événements indésirables évitables (EIE) dus à l'erreur, et le pourcentage d'EI ayant entraîné le décès. Ainsi, le pourcentage des événements indésirables à caractère évitable va de 27% à 58% contrairement à la valeur des fréquences des EI qui varient d'un facteur de 1 à 5 (incidence comprise entre 2,9 et 16,6 %). La proportion des décès survenus suite à la complication des événements indésirables est très variable. En effet, le taux de décès imputables aux erreurs y varie de 6 % à 74 %. Le nombre de décès, suite aux EI médicamenteux, recensé annuellement s'élève à 206 morts selon les certificats de décès établis, mais il atteint 6894 décès, soit 34 fois plus selon les données de la pharmacovigilance [26].

Tableau I
Etudes portant sur les événements indésirables (EI) liés aux soins hospitaliers : fréquence, caractère évitable, et conséquences

	USA Harvard	USA Californie	USA	Australie	Grande- Bretagne	USA	France
Année	1991	1992	1992	1995	2001	2003	2005
Auteur [Référence]	Brenan [15]	Thomas [19]	McGuire [20]	Wilson [21]	Vincent [22]	Gurwitz [23]	ENEIS [24]
N ^b	30 000	15 000	44 603	14 179	1 014	30 397	8 754
EI/patient (%)	3,7	2,9	5,4	16,6	10,8	5,0	5,1
Dont EIE ^a (%)	58,0	53,0	49,0	50,0	46,0	27,0	35,4
Négligence (%)	27,0	29,2					
DC/EI (%)	13,6	6,6	1,8	4,9	8,0	11,0	?

^a EIE : Evénements indésirables évitables. Les erreurs sont assimilées aux EIE.

^b N : Nombre de séjours hospitaliers.

III. ENQUETE SUR L'ERREUR MEDICALE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES EN MARTINIQUE :

1. INTRODUCTION

La nature, les causes et les conséquences de l'erreur médicale sont encore peu explorées en France. L'absence de données sur les erreurs en médecine ambulatoire a motivé notre travail, nous permettant ainsi d'avoir une vision globale des erreurs médicales principalement chez les premiers acteurs en soins primaires : les médecins généralistes.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle, descriptive transversale, par questionnaire auto-administré. Cette étude a été menée sur une période de 2 mois du 01^{er} Janvier 2014 au 28 Février 2014.

2.2 Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de décrire les erreurs médicales reconnues et caractérisées par les médecins généralistes libéraux installés en Martinique, et d'identifier les facteurs éventuels associés à la survenue de ces erreurs.

L'objectif secondaire est d'évaluer l'impact psychologique de ces erreurs médicales sur les médecins généralistes ainsi que leurs retentissements sur la pratique professionnelle.

2.3 Schéma d'étude

L'étude a été menée auprès des médecins généralistes libéraux installés en Martinique, sur une période allant du 01 Janvier 2014 au 28 février 2014.

Le recensement a été effectué auprès des médecins généralistes libéraux, installés en Martinique et possédant une adresse électronique personnelle ou professionnelle.

Voulant cibler les médecins généralistes libéraux, nous nous sommes rapprochés de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) afin d'obtenir leurs adresses électroniques.

281 médecins généralistes sont installés en Martinique. 256 médecins possédaient une adresse électronique enregistrée dans les fichiers de l'URPS.

2.4 Recueil des données

L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) s'est chargée de l'envoi d'un questionnaire aux 256 adresses électroniques des médecins au début du mois de Janvier 2014 accompagné d'un courrier informatif concernant l'objet de ce mémoire. (*Annexe 3*)

Les praticiens pouvaient renvoyer le questionnaire soit par voie postale ou par mail.

J'ai rappelé tous les médecins généralistes ou leur secrétariat pour m'assurer de la bonne réception et de la bonne compréhension de mon questionnaire.

Les médecins n'ayant pas spontanément retourné le questionnaire ont été relancés à plusieurs reprises par téléphone et par mail.

La date limite de prise en compte des réponses a été fixée au 28 février 2014.

Le questionnaire comporte 23 questions ouvertes et fermées sur les données sociodémographiques des praticiens et des données concernant les erreurs médicales. Le questionnaire est disponible en **annexe 4**.

Pour éviter toute confusion, une définition et une classification de l'erreur médicale reconnues et validées par l'étude de Dovey [1] figurent dans la première partie du questionnaire. Pour éliminer au maximum le biais de mémorisation, et permettre l'interprétation correcte des résultats, le questionnaire a exploré la dernière erreur survenue au cours de l'exercice professionnel et identifiée par le médecin. Les données recueillies pour cette étude sont :

✓ Des données sociodémographiques :

- L'âge et le sexe et du praticien
- La date d'installation en cabinet
- Le secteur et le mode d'exercice
- Les moyens de formation utilisés par le praticien et les conditions de pratique (informatisation et présence d'un secrétariat).

✓ Des données en rapport avec l'erreur :

- La date de l'erreur
- Les circonstances de survenue de l'erreur
- Les facteurs causaux éventuels
- Les erreurs identifiées par les praticiens
- Le mode de révélation de l'erreur
- Les conséquences de ces erreurs pour le patient

- Les démarches entreprises par le praticien suite à l'erreur
- Les retentissements des erreurs pour les praticiens

2.5 Analyses statistiques

L'analyse statistique a été réalisée via le logiciel SPSS ® v19 (SPSS Inc.) et les données ont été recueillies dans Microsoft® EXCEL version 2013.

Les données sont exprimées à l'aide d'effectifs et de pourcentages.

Une analyse de régression a été réalisée afin d'identifier les facteurs associés à la survenue d'une erreur médicale. Les variables significatives à 5% étaient retenues pour les conclusions.

3. RESULTATS

3.1 Questionnaires

Sur les 256 questionnaires envoyés : 29 ont été envoyés par voie postale et 137 ont été envoyés par mail

- 53 questionnaires ont été retournés spontanément
- 44 questionnaires ont été renvoyés à la première relance
- 29 questionnaires ont été renvoyés à la deuxième relance
- 25 questionnaires ont été renvoyés à la troisième relance
- 15 questionnaires ont été renvoyés à la quatrième relance

Au total, 166 questionnaires ont été recueillis.

10 questionnaires ont été exclus :

- 9 questionnaires étaient très incomplets
- 1 questionnaire ne concernait pas l'erreur commise par le médecin mais par l'hôpital

Le taux de réponses exploitables est alors de 156 questionnaires soit 61%.

3.2 Analyse des données sociodémographiques

3.2.1 Date d'installation du praticien

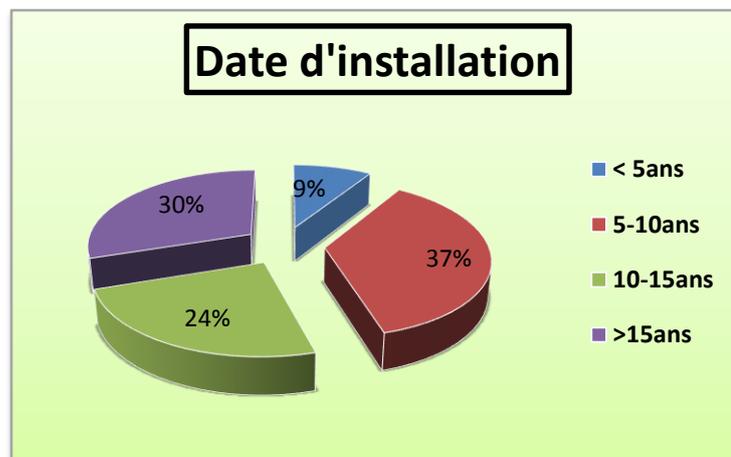
D'après les résultats de l'enquête, on constate que,

14 médecins sont installés depuis moins de 5 ans (année >2009)

57 médecins sont installés depuis 5 à 10 ans (année entre 1998-2008)

38 médecins sont installés depuis 10 à 15 ans (année entre 1993 et 1997)

47 médecins sont installés depuis plus de 15ans (année avant 1993)



3.2.2 Sexe du praticien

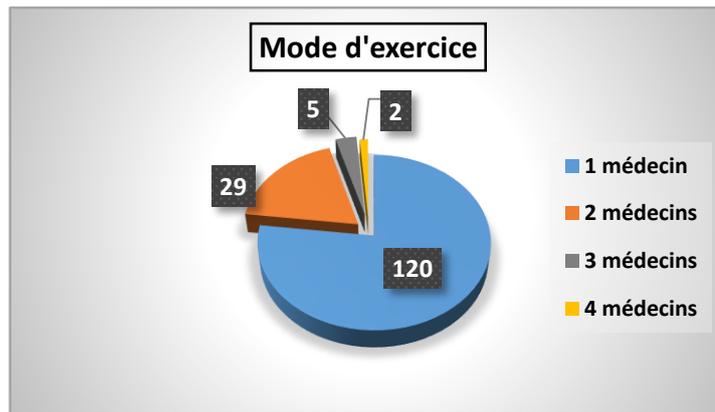
Une prédominance des hommes est observée avec un pourcentage de 59% (soit 92 hommes) contre 41% pour les femmes (soit 64 femmes).

3.2.3 Secteur d'activité

Les praticiens participants exercent en forte proportion en secteur 1 avec un pourcentage de 99% (n=155). Seul un médecin exerce en Secteur 2.

3.2.4 Mode d'exercice en groupe ou individuel

77% des praticiens préfèrent exercer seuls. Les 23% restant quant à eux exercent dans une structure allant de deux à quatre praticiens avec une forte tendance pour le travail à deux à 80,55%.



3.2.5 Les moyens de formation continue utilisés par le praticien et les conditions de pratique

- **Formations médicales continues (FMC)**

115 médecins (soit 74%) participent de façon régulière ou occasionnelle à des séances de FMC contre 41(26%).

131 médecins sont favorables à des séances spécifiques de FMC sur l'erreur et 25 praticiens y étaient opposés ou indifférents.

- **Revue médicale**

51% des médecins (soit n= 79) sont abonnés à des revues médicales et lisent au moins une référence de façon régulière. 77 médecins ne sont pas abonnés (49%).

3.2.6 Informatisation et accès internet

88% des médecins sur 156 étaient informatisés, et possédaient un accès internet soit 137 médecins.

3.2.7 Module de prescription et Alarme

109 médecins disposent d'un module de prescription (70%): le plus souvent sous la forme d'une interface avec le logiciel de tenue de dossier médical. 47 médecins n'en disposent pas.

Il existe chez 68 des médecins possédant un module de prescription (soit 56%), des alarmes de détections des interactions médicamenteuses à risque ou des associations contre indiquées. 88 médecins n'en disposent pas.

3.2.8 Consultation internet

53 des médecins informatisés ont utilisé au moins une fois internet pour y chercher des informations au moment de leur consultation (34%). La majorité n'y a pas recours soit 103 médecins.

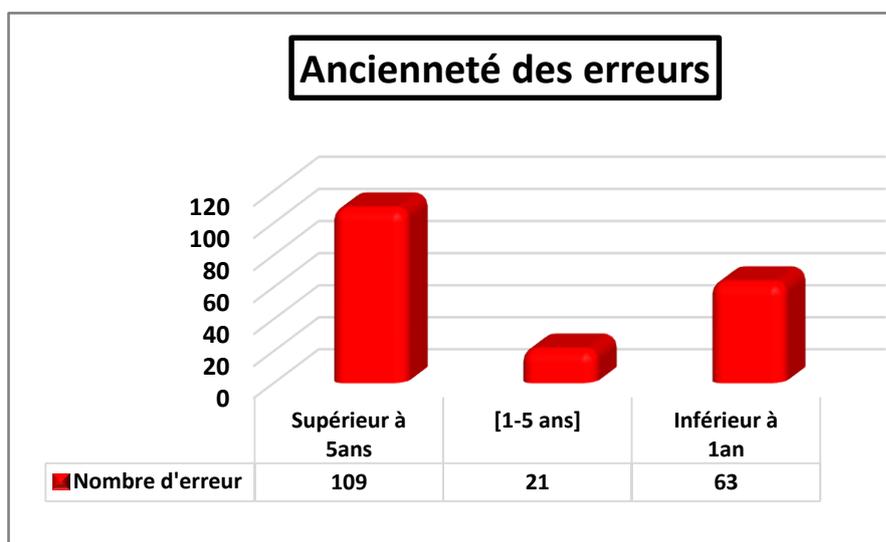
3.2.9 Présence d'un secrétariat

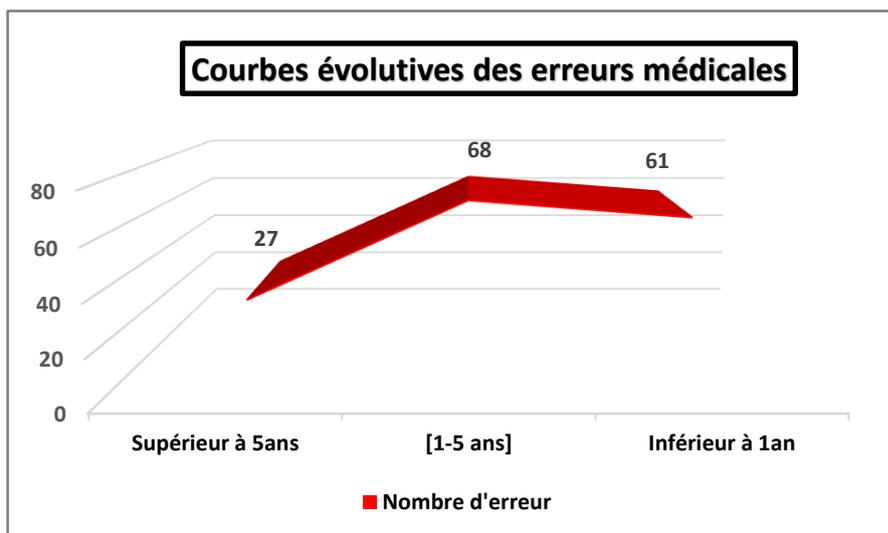
56% des médecins (soit n=88) disposent d'un secrétariat dans leur lieu de travail et 36 médecins ne disposent pas. 36 médecins ont un secrétariat téléphonique (soit 23%), et 52 médecins ont un secrétariat sur place (soit 52%).

3.3 Analyse des données qualitatives

3.3.1 Date de l'erreur

39% des erreurs datent de moins d'un an. 44% des erreurs datent de moins de 5 ans et 17% des erreurs datent de plus de 5ans.





3.3.2 Circonstances de survenue de l'erreur

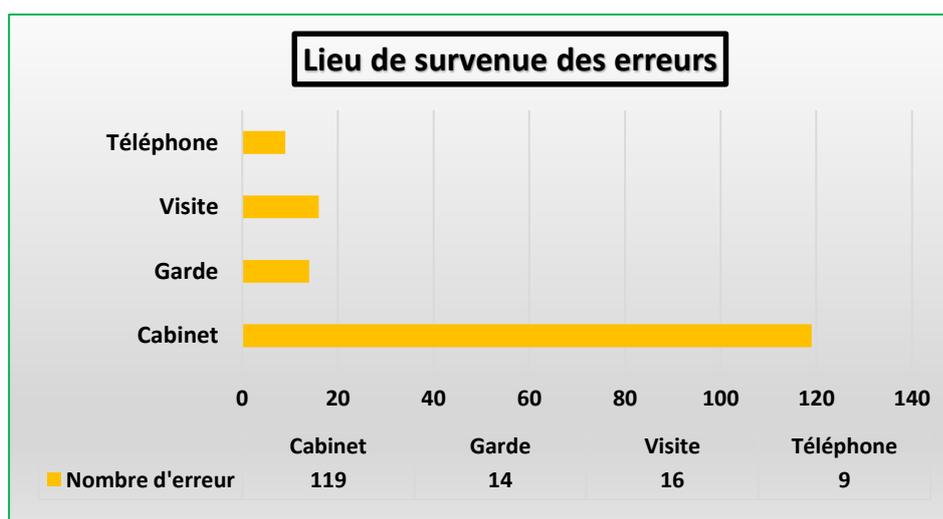
- Lieu de survenue

76% des erreurs sont survenues lors de consultation en cabinet.

9% sont survenues lors de consultation durant une garde de nuit ou de weekend.

6% des erreurs sont survenues au téléphone.

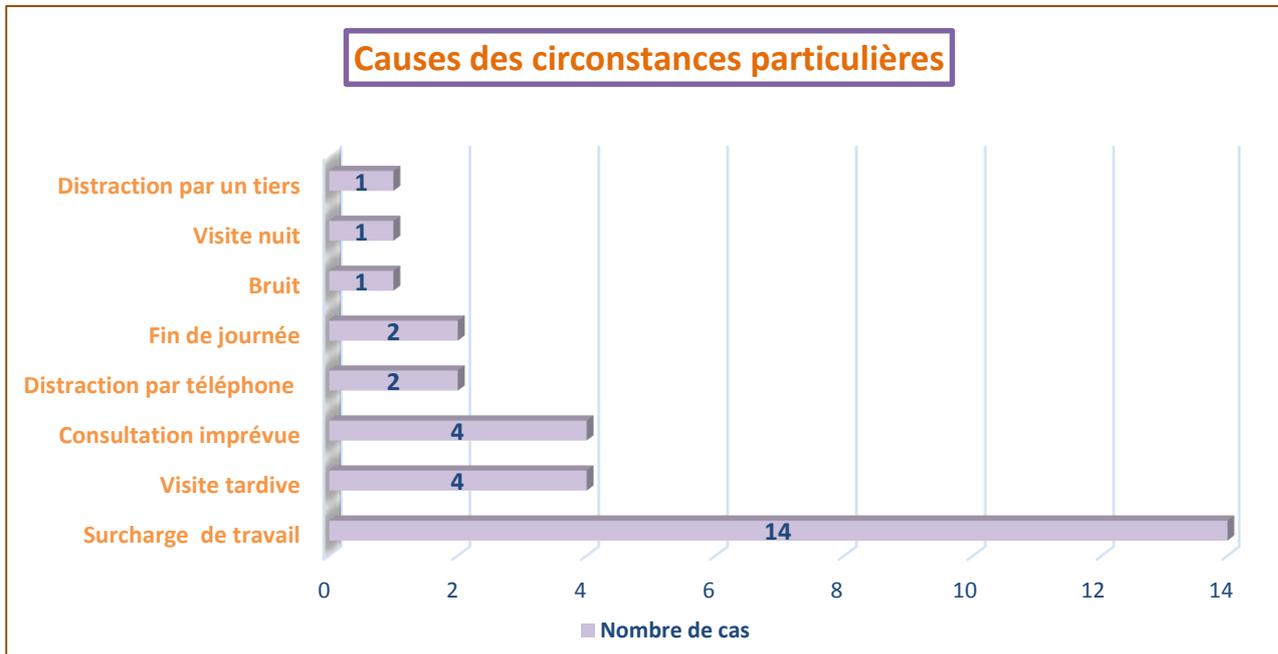
10% des erreurs sont survenues lors de visite à domicile de patient.



- Circonstances environnementales :

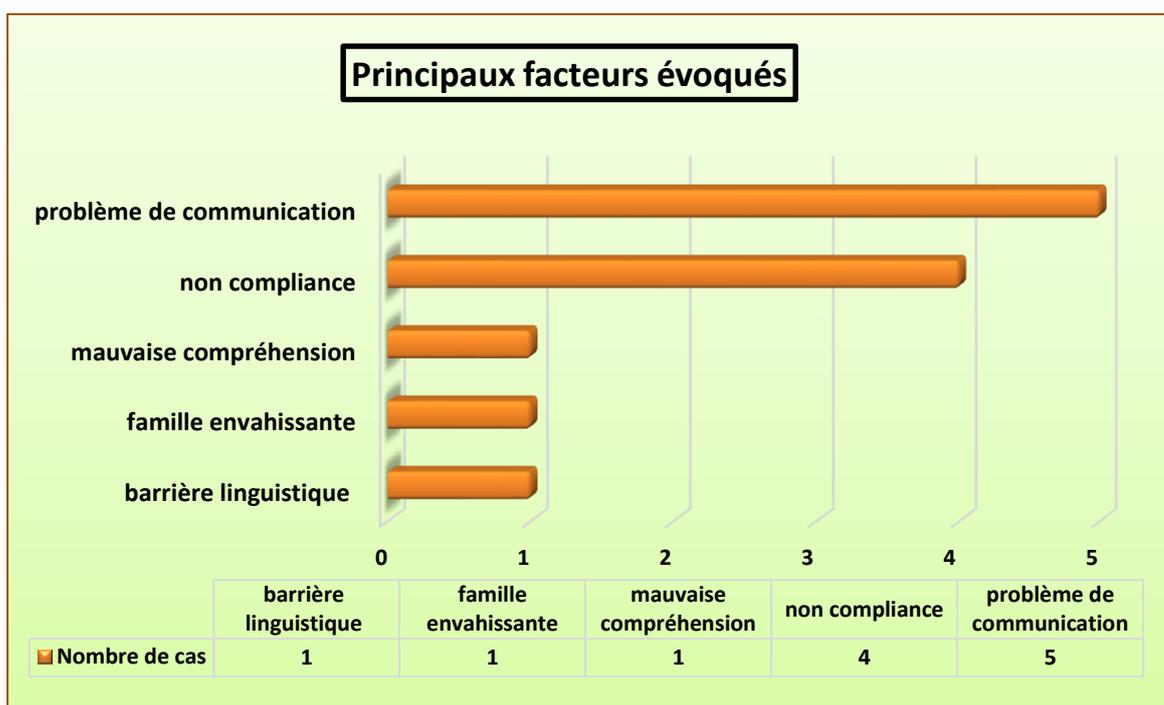
Pour 29 médecins, des circonstances particulières ont été évoquées dans le déroulement de l'acte (soit 19%). Les circonstances citées par les médecins ont été : visite tardive, nuit, distraction par

le téléphone, surcharge de travail, distraction par des tiers, bruit, consultation imprévue. La surcharge de travail a été citée le plus souvent parmi les circonstances relatives soit 9%.

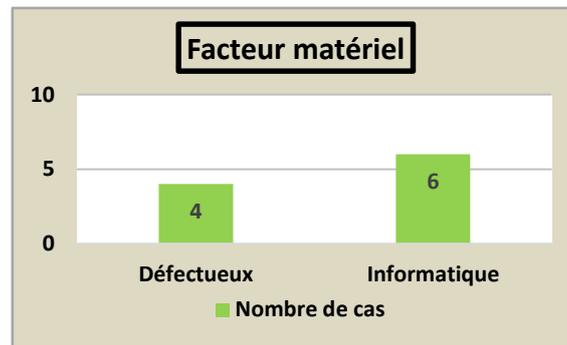


- **Les facteurs causaux :**

→ Les facteurs liés au patient et à son entourage ont été signalés par 8% des médecins (n=12). Les principaux facteurs sont décrites dans le tableau ci-dessous :



→ Les facteurs matériels sont marginaux avec 10 médecins qui en font état soit 6%. Ils sont cités dans le graphique ci-dessous :



→ 96 médecins n'ont pas identifié de facteurs particuliers soit 62%.

3.3.3 Etat d'esprit du praticien lors de la survenue de l'erreur

Il a été considéré comme normal par 63% des médecins.

57 médecins ont éprouvé un état émotionnel ou psychique notable lors de la survenue de l'erreur soit 37%.

La fatigue a été le plus évoqué parmi les médecins dans 13% des cas.

Le surmenage et a été évoqué dans 9%, suivie de la tension psychique dans 6% des cas.

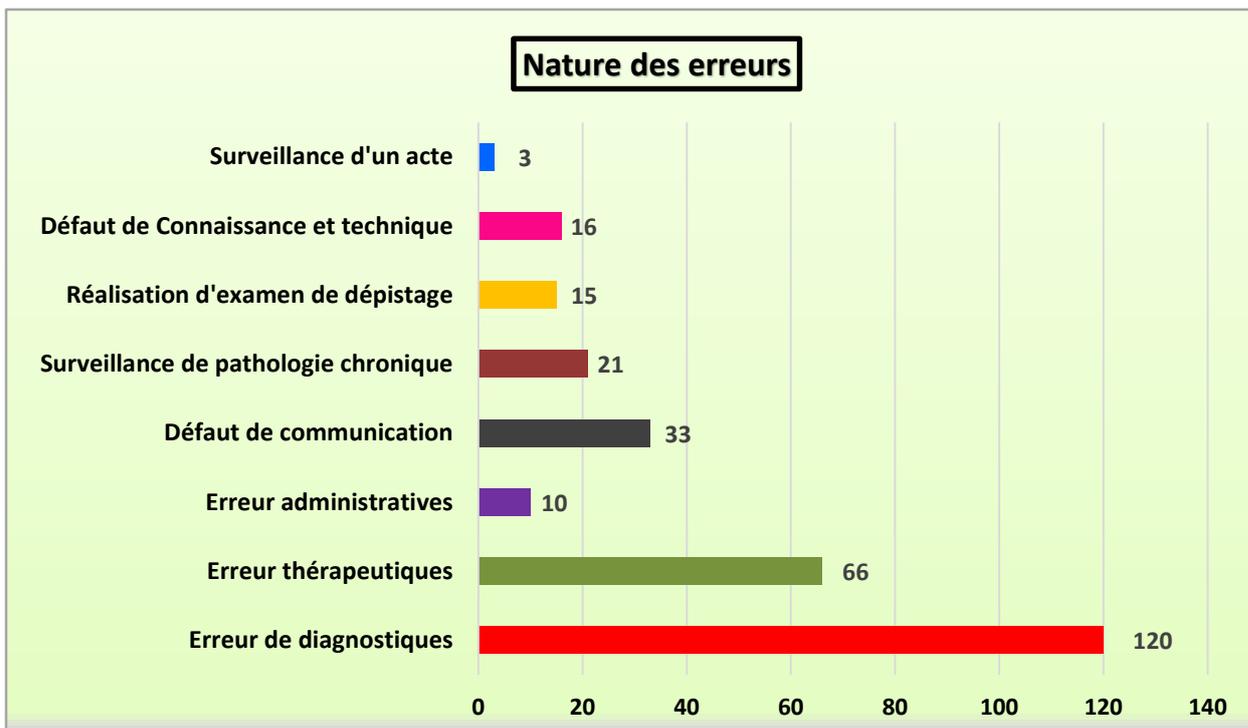
D'autres états d'esprit tels que l'agacement, l'étourderie, l'incertitude, la distraction, l'obstination.

Le nombre de médecins évoquant ces états est réparti dans le tableau ci-dessous :

<u>Agacement</u>	<u>Distrait</u>	<u>Etourderie</u>	<u>Excès de confiance</u>	<u>Fatigue</u>	<u>Incertitude</u>
2	2	1	1	20	2
<u>Mauvais réflexe</u>	<u>Normal</u>	<u>Non renseigné</u>	<u>Obstination</u>	<u>Surmenage</u>	<u>Tension</u>
1	99	3	1	14	10

3.3.4 Erreurs identifiées par les médecins

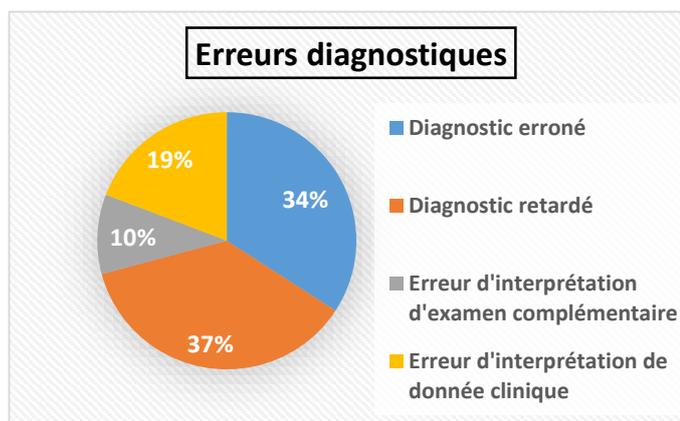
Plusieurs erreurs ont été citées pour une même situation d'où le nombre d'erreur supérieur à l'effectif.



- **Erreurs diagnostiques**

Parmi les 120 erreurs diagnostiques,

- 44 étaient des erreurs de diagnostic retardé
- 41 étaient des erreurs de diagnostic erroné
- 23 étaient des erreurs d'interprétation de donnée clinique
- 12 étaient des erreurs d'interprétation d'examen complémentaire

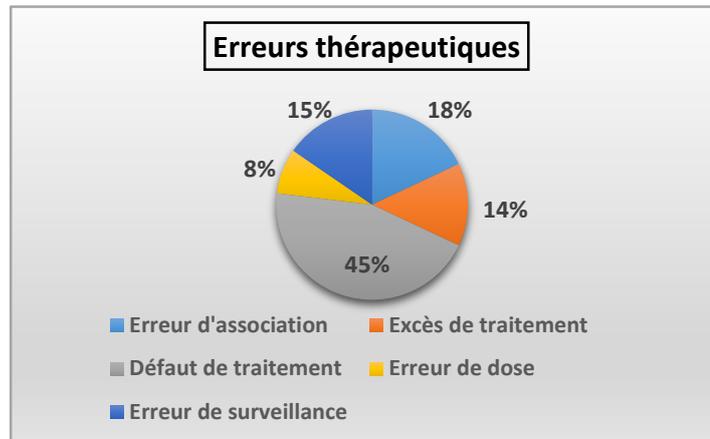


- **Erreurs thérapeutiques**

Parmi les 66 erreurs thérapeutiques on retrouvait,

- 35 défauts de traitement
- 14 associations contre indiquées ou déconseillées
- 12 erreurs de surveillance thérapeutique

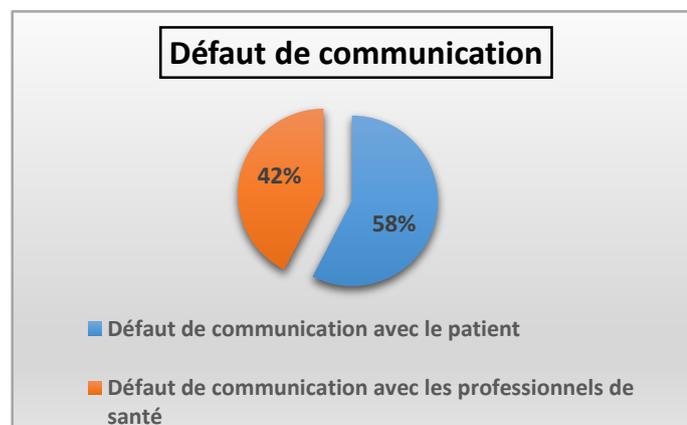
- 11 excès de traitement
- 6 erreurs de dosage médicamenteux



- **Défaut de communication**

Parmi ces 33 erreurs il s'agissait,

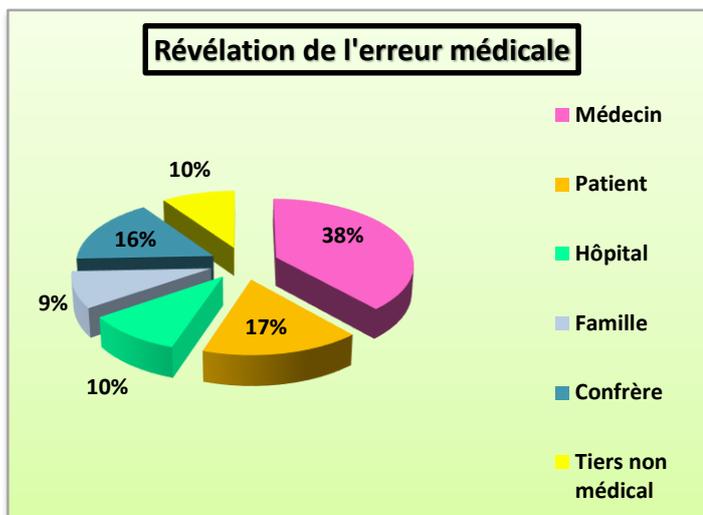
- Défaut de communication avec les autres professionnels de santé pour 14 médecins
- Défaut de communication avec le patient pour 19 médecins



- **Les erreurs de surveillance d'une pathologie chronique** représentaient 14%
- **Les erreurs par manque de connaissance ou de technique** représentaient 11%
- **Les erreurs de réalisation d'examen périodiques ou de dépistage** représentaient 10%
- **Les erreurs administratives** représentaient 6%
- **Le défaut de surveillance après un acte technique** représentait 2%

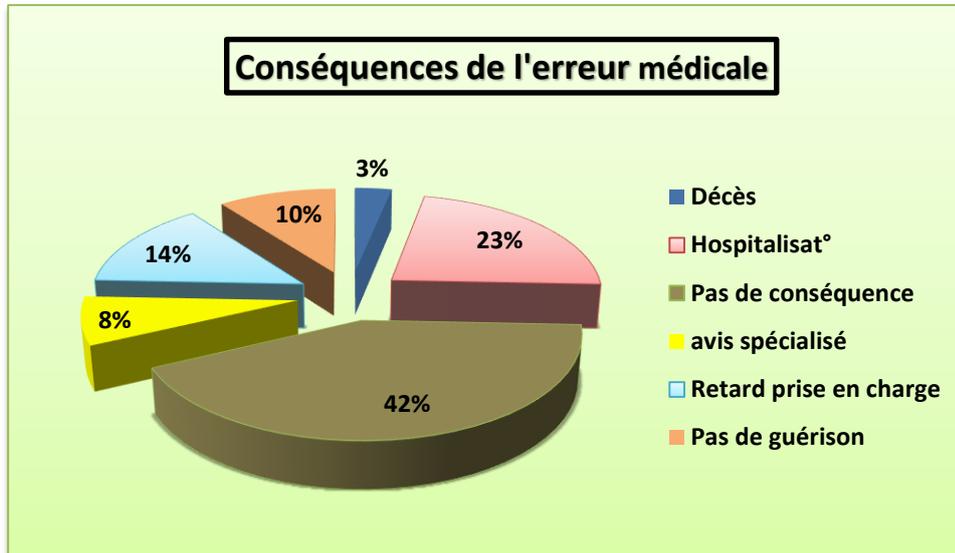
3.3.5 Mode de révélation au praticien :

Médecin	60
Patient	26
Hôpital	16
Famille	14
Confrère	25
Tiers non médical	15



3.3.6 Conséquences de l'erreur

Il n'y a pas eu de conséquence dans 66 situations. Par ailleurs, Il y a eu 5 décès, 35 hospitalisations, 12 recours à des avis spécialisés, 22 retards de prise en charge et 16 absences de guérison.



3.3.7 Démarche entreprise pour faire face à l'erreur

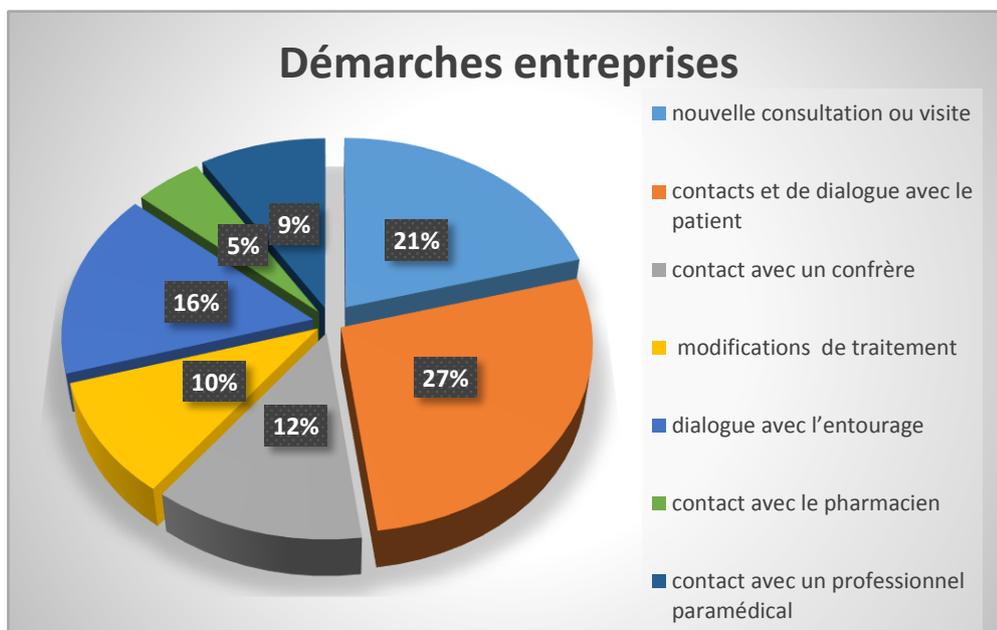
- 46 médecins ont contacté et dialogué avec le patient
- 35 médecins ont effectué une nouvelle consultation ou visite
- 27 médecins ont dialogué avec l'entourage du patient
- 21 médecins ont contacté un confrère
- 17 médecins ont modifié le traitement du patient

15 médecins ont contacté un professionnel paramédical

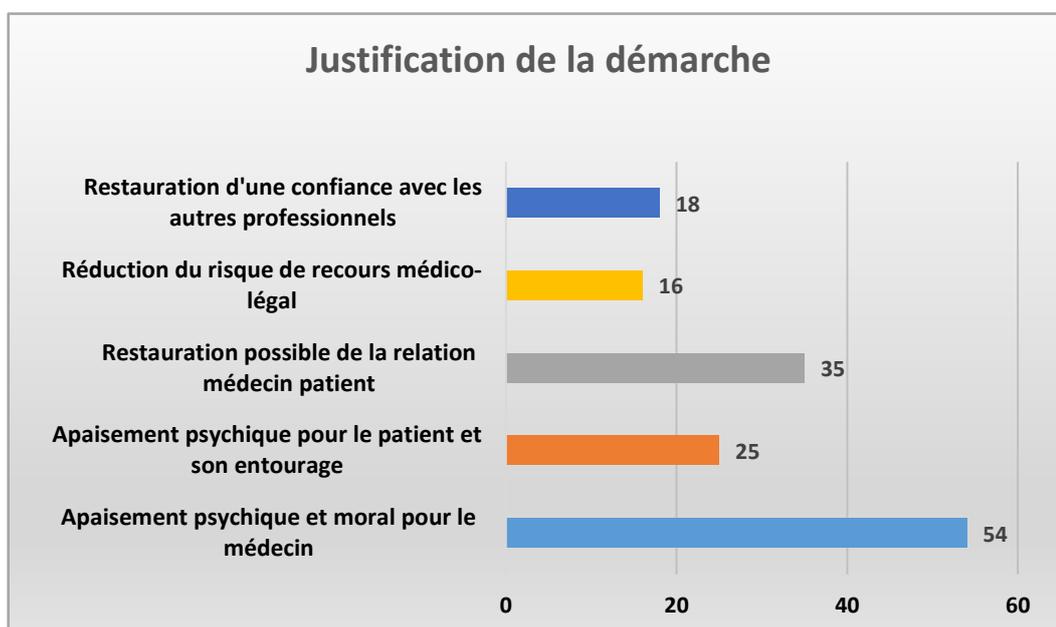
8 médecins ont contacté le pharmacien

Au total 169 démarches ont été entreprises. 8 médecins n'ont pas répondu et 9 médecins ont donné des réponses multiples.

145 médecins ont reconnu et accepté leur erreur (soit 93% des médecins).



146 médecins ont justifié leur démarche face à l'erreur comme suit :



3.3.9 Retentissements des erreurs

- **Retentissements psychologiques**

5 praticiens n'ont pas répondu à cette question.

42% des médecins ont déclaré ne pas avoir eu de répercussion psychologique de ces erreurs soit 66 médecins.

55% praticiens ont déclaré avoir eu des répercussions psychologiques de ces erreurs soit 85 médecins.

11 types de conséquences psychiques ont été identifiés et cités dans le tableau ci-dessous ainsi que le nombre les ayant décrits.

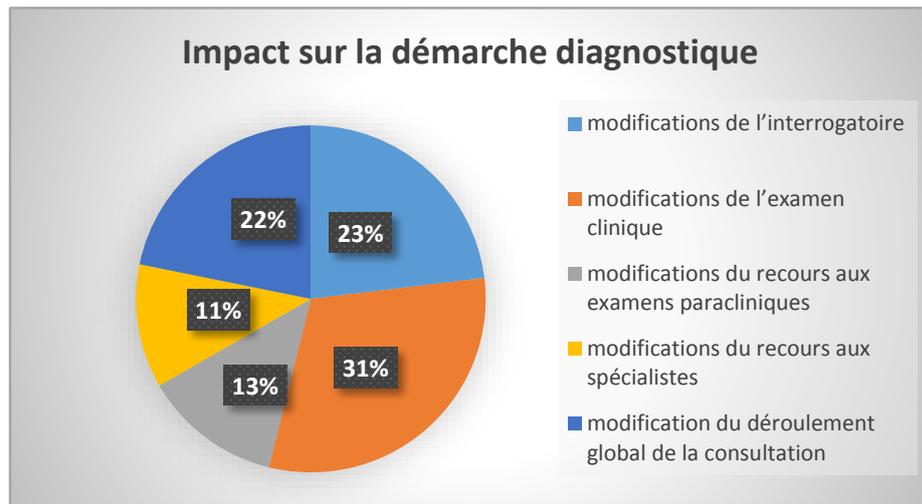
Impacts	N	pourcentage
Sentiment de culpabilité	37	23,7%
Stress et anxiété	29	18,6%
Répercussions physiques (troubles du sommeil)	5	3,2%
Peur pour le patient	12	7,7%
Tristesse	6	3,9%
Sentiment de colère	14	9 %
Peur pour les conséquences juridiques	11	7,0%
Incompréhension	8	5,1%
Remise en cause personnelle	16	10,3%
Regret	9	5,8%
Sentiment d'échec	20	12,8%

- **Retentissement sur la pratique professionnelle**

Il y a eu un retentissement sur la pratique professionnelle de 98 médecins (soit 63%) contre 58.

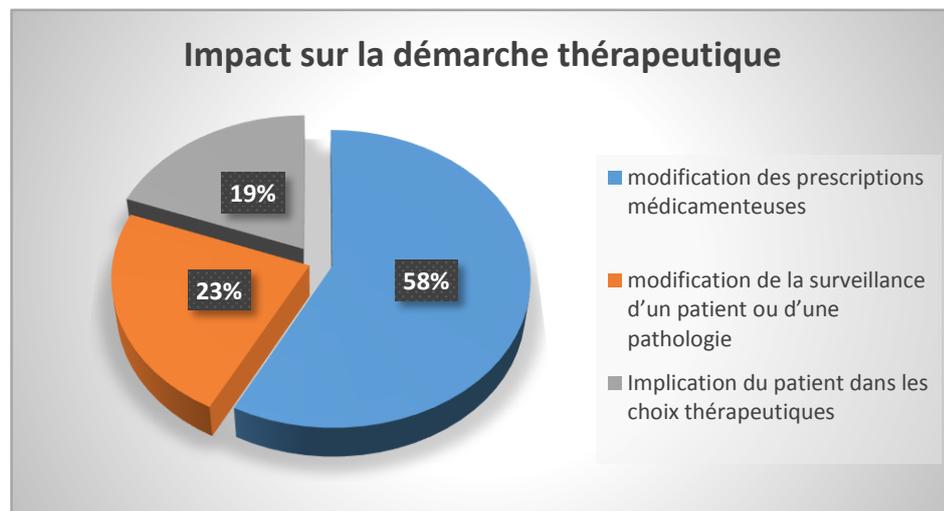
→Retentissement sur la démarche diagnostique :

Les différentes erreurs ont eu un impact principalement sur la démarche diagnostique de 50% des médecins (soit 78 médecins). Parmi eux, 24 médecins ont modifié leur examen clinique, 18 médecins ont modifié leur interrogatoire, 17 médecins ont modifié le déroulement global de leur consultation, 10 médecins ont modifié leurs recours aux examens paracliniques et 9 médecins ont modifié leurs recours aux spécialistes.



→ Impact sur la démarche thérapeutique :

26 médecins (soit 17%) affirment avoir changé leur démarche thérapeutique suite à ces erreurs contre 130 médecins. 15 médecins ont modifié leurs prescriptions médicamenteuses, 6 médecins ont modifié la surveillance du patient ou de sa pathologie et 5 médecins impliquent d'avantage le patient dans les choix thérapeutiques.



3.4 Lien entre les conséquences médicales de l'erreur et d'autres variables

3.4.1 Lien entre les conséquences et la participation à des séances de FMC

Il n'y a pas de différence significative entre les médecins participant ou non à des séances de FMC et la survenue de conséquences ($p= 0,11$). (Annexe 5)

3.4.2 Lien entre les conséquences et l'informatisation

Il n'existe pas de différence significative entre les médecins informatisés ou non et la survenue de conséquences (p=0,58). Ainsi le fait d'être informatisé ne modifie pas l'apparition de conséquences de l'erreur dans notre étude. (*Annexe 6*)

3.4.3 Lien avec l'exercice en groupe ou en individuel

Il n'y a pas de différence significative entre les médecins exerçant seuls ou en groupe et la survenue de conséquences (p=0,09). Le mode d'exercice en groupe ou individuel n'influence pas la survenue de conséquences observées par les médecins dans notre étude. (*Annexe 7*)

3.4.4 Lien avec l'abonnement à des revues professionnelles

On ne retrouve pas de différence significative entre les abonnés et les non abonnés pour la survenue de conséquences (p=0,96). Il n'y a pas de lien entre l'abonnement à des revues professionnelles et la survenue de conséquences. (*Annexe 8*)

3.5 Lien entre la nature de l'erreur et d'autres variables

3.5.1 Lien entre la nature des erreurs et la participation à des séances de FMC

Le fait de participer à des séances de FMC n'influence pas la nature des erreurs observées par le médecin. **Il n'y a pas de différence significative (p=0,13).** (*Annexe 9*)

3.5.2 Lien entre la nature des erreurs et l'existence d'un secrétariat

L'existence d'un secrétariat (physique ou à distance) n'influence pas la nature de l'erreur. **Il n'y a pas de différence significative p=0,81.** (*Annexe 10*).

3.5.3 Lien entre la nature des erreurs et l'exercice seul ou en groupe

Le fait d'exercer seul ou en groupe ne modifie pas de façon significative la nature des erreurs déclarées par les médecins. **Il n'y a pas de différence significative p=0,14.** (*Annexe 11*)

3.5.4 Lien entre la nature des erreurs et l'informatisation

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les médecins informatisés ou non et la nature des erreurs (p=0,05). La nature des erreurs n'est pas influencée par l'informatisation. (*Annexe 12*).

3.5.5 Lien entre la nature des erreurs et la lecture de revue médicales

Il n'y a pas de différence significative entre les médecins abonnés ou non à une revue médicales et la nature de l'erreur (p=0,90). Le fait de lire régulièrement au moins une revue médicale n'influence pas la nature des erreurs dans notre étude. (*Annexe 13*)

3.5.6 Lien entre la nature des erreurs et le lieu de survenue

On retrouve une différence significative entre les erreurs de dose et la survenue durant la garde (p=0,03). Il y a donc plus de chance de faire une erreur de dose durant les gardes. Tableau disponible en (*Annexe 14*).

3.5.7 Lien entre la nature des erreurs et date d'installation

Nous avons discriminé les médecins installés depuis plus de 15ans et les médecins installés depuis moins de 15ans. La durée d'installation donc l'acquisition d'expérience professionnelle n'influence pas la nature de l'erreur observée par les médecins dans notre étude. (*Annexe 15*)

3.5.8 Lien entre la nature des erreurs et l'impact sur les praticiens

On retrouve une différence significative entre le retentissement sur la démarche thérapeutique et : les erreurs de dose thérapeutique (p=0,008), les erreurs d'excès de traitement (p=0,00001), les erreurs de surveillance thérapeutique (p=0,00001).

On retrouve une différence significative entre le retentissement sur la démarche diagnostique et : les erreurs de diagnostic retardé (p=0,00001), les erreurs de diagnostics erronés (p=0,00001).

Il y a une différence significative entre les erreurs de diagnostic retardé et le retentissement psychologique (p=0,0001).

(*Annexe 16*)

3.5.9 Relation entre les conséquences et la nature de l'erreur

Nous voulions savoir s'il existait un lien entre une situation où étaient rencontrées une erreur donnée (en l'isolant des autres erreurs éventuellement associées) et une conséquence particulière, lorsque les effectifs étaient suffisants pour permettre ces comparaisons.

- **Les erreurs de diagnostic :**

Il y a une différence statistiquement significative entre les erreurs de diagnostic retardé et l'absence de conséquence ($p=0,0013$). Il existe une différence significative entre les erreurs de diagnostic erroné et l'absence de conséquence ($p=0,00003$).

Il y a une différence significative entre les erreurs de diagnostic erroné et l'hospitalisation ($p=0,0007$), l'avis spécialisé ($p=0,0009$). On retrouve une différence significative entre les erreurs de diagnostic retardé et le retard de prise en charge ($p=0,00001$), le décès ($p=0,009$) et l'absence de guérison ($p=0,008$).

En analyse uni variée, la probabilité d'avoir une conséquence quand le diagnostic est retardé est supérieure à la probabilité d'avoir une conséquence quand l'erreur est autre : **le diagnostic retardé entraîne significativement une conséquence médicale (quelle qu'elle soit) par rapport aux autres erreurs ($p=0,03$).** (*Annexe 17*)

- **Les erreurs thérapeutiques :**

Il existe une différence significative entre les erreurs de dose thérapeutique et l'absence de conséquence ($p=0,004$). Les erreurs de dose sont le plus souvent associées à une absence de conséquences pour le patient.

On retrouve une différence significative entre les erreurs de défaut de traitement et l'hospitalisation ($p=0,005$), de même pour les erreurs d'excès de traitement ($p=0,08$).

(*Annexe 18*)

- **Les autres types d'erreurs :**

Il y a une différence significative entre les erreurs de surveillance d'un acte thérapeutique et l'hospitalisation ($p=0,001$).

Il existe une différence significative entre les erreurs administratives et l'absence de conséquence ($p=0,0001$).

IV. DISCUSSION

A. A propos de ce travail

Ce travail présente plusieurs aspects qui lui confèrent son intérêt et un caractère original. Soucieux de fournir un travail utile à la Médecine Générale, nous avons réalisé une étude sur les erreurs médicales en soins primaires. Le faible nombre de travaux sur les erreurs médicales réalisés en ambulatoire, non démenti lors de nos recherches peu fructueuses, nous a conforté dans cette démarche.

A ce jour, un malaise encore important entoure ce domaine de la médecine. S'intéresser aux erreurs médicales, c'est traiter d'un sujet sensible, sinon tabou pour la plupart des soignants.

La prise de conscience, en termes de santé publique, du poids des erreurs médicales constitue la base de toute démarche d'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins en médecine générale.

D'autre part, ce travail est d'autant plus intéressant qu'il s'adressait aux médecins généralistes, qui représentent le premiers recours des patients confrontés à un problème de santé dans leur quotidien.

- **Justification du choix de la méthode**

Nous avons souhaité rappeler dans cette discussion pourquoi nous avons choisi d'utiliser une méthode de recherche quantitative par questionnaire pour réaliser notre étude.

Nos recherches bibliographiques sur le thème de la déclaration de l'erreur médicale en médecine générale nous ont fourni des informations concrètes bien que peu nombreuses, qui nous ont semblées exploitables par une méthode quantitative.

Choisir une méthode quantitative par questionnaire auto-administré nous a paru être la manière la plus adaptée de traiter la problématique et la spécificité de notre sujet. Cette méthode permettait de répondre à notre objectif principal qui consistait à décrire les erreurs médicales et d'identifier les facteurs associés.

Notre objectif secondaire ayant pour but d'évaluer l'impact de ces erreurs sur le médecin et sa pratique, aurait probablement nécessité de mener une étude qualitative.

B. Discussion sur les résultats de cette étude

4.1 Analyse des données

4.1.1 Date de l'erreur

39% des situations rapportées dans notre étude sont récentes ; dans 3/4 des cas, l'erreur décrite remonte à un an d'ancienneté au maximum. Un résultat plus inattendu, est celui des 17% de médecins dont l'erreur remonte à plus de cinq ans. Cette distribution des résultats contredit celle de Dovey, dans laquelle une proportion importante d'erreurs a été identifiée dans les 15 jours [1].

Les erreurs en médecine générale sont répandues, ce que suggèrent également nos proportions d'erreur récentes. Notre résultat laisse donc supposer que dans certains cas, ce sont les erreurs marquantes qui ont été citées en premier lieu plutôt que la véritable dernière erreur.

4.1.2 Circonstances de survenue de l'erreur

- **Lieu de survenue**

Le cabinet médical est le principal lieu de survenue de l'erreur dans notre étude. Corroboré par l'étude qui fait état de cette donnée [27]. Dans notre enquête, la visite à domicile représente l'autre lieu de survenue de l'erreur (près de 10% des cas) alors qu'elle est moins souvent pratiquée (23,5 % des actes) ; il s'agit d'un mode d'exercice assez spécifique à la France et peu pratiqué dans d'autres pays (9% en Italie, 11% en Allemagne les médecins américains ne font pas de visite à domicile) [28].

Pourquoi une telle proportion? Il n'existe pas de données plus étoffées dans la littérature. On peut supposer que les conditions de pratique n'étant pas optimales, les patients qui y ont recours étant souvent âgés et donc ayant des pathologies plus fréquentes et intriquées, il y a possibilité plus marquée de survenue d'erreur (mais cela reste à démontrer). D'autre part on sait que la visite à domicile, malgré sa diminution récente, reste encore assez pratiquée par les médecins français.

- **Circonstances environnementales**

Dans notre étude, des conditions de travail "néfastes" ont été associées à des erreurs dans 19% des situations : la surcharge de travail est l'élément le plus cité (14 médecins sur 29 en font état). Devant le faible nombre de circonstances, il ne nous a pas paru opportun d'émettre des conclusions sur un éventuel lien entre ces circonstances et le type d'erreurs ou ses conséquences. Dans la littérature, les facteurs à type de surcharge de travail ne sont pas parmi les plus souvent cités en terme de fréquence (en neuvième position sur douze par Bhasale et al. [29] mais restent

validés par les auteurs ayant tenté d'analyser les facteurs causaux [9,29]. On rappelle ici la difficulté de relier un facteur pour une erreur, compte tenu de la fréquence des facteurs rapportés pour une situation d'erreur. Pour Bhasale, il n'y a pas de différence significative entre le type d'erreur et le facteur en cause [9]. De plus, les causes de l'erreur sont incertaines dans un grand nombre de cas [30].

4.1.3 Facteurs causaux

- **Facteurs liés au patient ou à son entourage**

Parmi les facteurs identifiés, ils ont été plus souvent notés par les médecins : 8% des situations. La non compliance du patient et les problèmes de communication ont été le plus souvent cités. Dans la littérature, les problèmes de communication entre médecins et patients et plus largement la relation médecin malade sont des facteurs pourvoyeurs d'erreurs [13]. Il est intéressant de noter que cela soit du point de vue du médecin ou celui du patient, les problèmes relatifs aux relations entre soignant et soignés sont cités par les premiers comme source d'erreur, et par les seconds comme source de mauvaise qualité des soins. Notre faible proportion peut nous laisser penser que les médecins reconnaissent leurs erreurs, et ne cherchent pas à remettre en cause le patient ou son entourage.

- **Etats d'esprit du praticien**

37% des médecins ont éprouvé une émotion notable lors de la survenue de l'erreur. Dans notre étude les émotions les plus souvent citées fatigue, surmenage et tension psychique représentent 29% des émotions. Ces trois éléments ont d'ailleurs été clairement identifiés dans la littérature [29,30], mais jusqu'alors, on disposait de peu de données sur leur fréquence relative.

La fatigue, le stress et la surcharge de travail font partie des mécanismes de survenue des incidents [30]. Il existe probablement un lien entre la survenue d'erreurs et ces états émotionnels [13,30] ce que suggère également notre travail. Ces résultats étaient prévisibles, du fait de la démographie médicale en Martinique, avec une diminution du nombre de médecins généralistes, des patients plus nombreux et plus exigeants ; des responsabilités plus vastes et des devoirs plus importants pour les médecins généralistes en tant que premiers acteurs des soins primaires.

- **Facteurs matériels**

Dans notre étude, ils interviennent peu dans la genèse de l'erreur (6% des situations). Ces facteurs sont cités de principe comme pouvant participer à la survenue d'une erreur [9] mais ils ne sont pas

retrouvés par Bhasale et al [29]. Leur rôle dans les erreurs apparaît faible. On peut supposer malgré nos résultats que même si l'informatisation des dossiers médicaux et des ordonnances, faciliterait les consultations et améliorerait la qualité de la prise en charge des patients, elle peut être pourvoyeuse d'erreur.

- **Absence de facteurs causaux**

Dans 62% des situations, les médecins n'ont pas identifiés de facteurs particuliers. Sandars et al retrouvent une proportion similaire dans leur étude [30]. Notre résultat peut s'expliquer, soit par l'absence effective de facteurs causaux immédiatement identifiables par les médecins, soit par le biais de mémorisation qui expliquerait que certains aspects peu manquants de la situation aient été éludés au moment du rappel mnésique, d'autant plus que la situation était temporellement éloignée.

4.1.4 Erreurs identifiées par les médecins

- **Les erreurs diagnostiques**

Elles sont les plus fréquentes des erreurs identifiées dans notre étude, avec près de 77% des erreurs. L'erreur diagnostique la plus représentée est le retard diagnostic suivi des diagnostics erronés puis les erreurs d'interprétation de données cliniques.

Dans la littérature, les erreurs diagnostiques sont minoritaires pour Rubin [31], pour Dovey [12,32], pour Woolf [33]. Elles restent importantes même si elles ne sont pas les plus fréquentes pour Bhasale [13,29].

Pourquoi la prépondérance des erreurs diagnostiques ? Dans notre étude, il est possible qu'un certain nombre de situations aient été relatées du fait de leur conséquence défavorable marquante (hospitalisation, décès), plus aisée au niveau mnésique à restituer que des erreurs sans conséquences pour le patient, que les médecins ont pu oublier. Cela amènerait à une surreprésentation de ce type d'erreurs. Par ailleurs le diagnostic reste pour le médecin l'aboutissement de sa démarche de raisonnement médical, et est souvent source de complexité et donc d'erreur.

- **Les erreurs thérapeutiques**

Les erreurs de traitements représentent 42% des erreurs : les défauts de traitement sont retrouvés dans 35 situations. Les associations médicamenteuses contre indiquées ou déconseillées concernent 9% des erreurs.

Notre étude retrouve une forte représentation des erreurs diagnostiques. Puis viennent les erreurs de traitement. On ne retrouve un tel résultat que dans l'étude de Sandars [30].

Dans plusieurs études, ce sont les erreurs liées au traitement qui sont les plus fréquentes [13, 29, 31,33].

- **Les autres types d'erreur**

Les erreurs de communications sont répandues avec 21%. Les erreurs de communication sont signalées de façon significative dans notre étude. Elles sont plus importantes dans certaines études [31,32] ou au contraire peut fréquentes [1,32].

Les erreurs dans la surveillance de pathologie chronique concernent 13% des situations. Il existe peu de données dans la littérature sur les erreurs de surveillance de pathologie chronique. Cette erreur n'est pas directement étudiée dans les différentes études.

Les erreurs administratives sont spontanément peu identifiées dans notre étude. Contrairement à d'autres études [1.9,31].

La majorité des situations contient au moins deux erreurs (ce que retrouve Woolf [33]). On confirme ainsi, la multiplicité des erreurs conduisant souvent à une seule conséquence.

4.1.5 Mode de révélation de l'erreur

La révélation la plus fréquente de l'erreur est faite par le médecin lui-même (38%) ; puis on retrouve 17% par le patient (17%) et 16% par les confrères.

Il existe peu de données sur les acteurs qui identifient les erreurs en soins primaires dans la littérature. Relativement peu de praticiens se rendent compte eux même de leur erreur dans notre étude. Alors que dans l'étude de Dovey, 72% des erreurs sont identifiées au cabinet du médecin [1].

4.1.6 Conséquences des erreurs

- Dans 42% des situations, les erreurs n'ont eu aucune conséquence pour le patient. Le taux de la littérature est supérieur à notre étude de 11% (53% dans l'étude de Dovey) [1]. Dans les autres études, il n'y a pas eu de conséquences dans 22 à 68% des erreurs [13, 18,29]. Cette différence avec l'étude de Dovey doit être interprétée avec prudence, car le

niveau de risque peut avoir été compris différemment par les médecins. Ainsi une conséquence mineure pour le patient n'a pas été forcément perçue comme un risque pour son état de santé. Notre taux de 42% d'absence de conséquences est probablement sur estimé. L'étude de Woolf montre, que les médecins sous estiment les conséquences des erreurs pour les patients [33].

- 23% des situations ont abouti à une hospitalisation. Il est malaisé de faire des comparaisons pour les conséquences car les critères utilisés dans les études varient fortement. En outre, on ne sait pas si les erreurs décrites dans les situations conduisant à des conséquences graves sont seules en cause (l'état du patient au moment de l'erreur ou la pathologie évolutive peut l'être également). Nos résultats sont différents des autres études. Il y a 3% d'hospitalisations dans l'étude de Dovey et un seul décès. Ce résultat contrasté est probablement à mettre en rapport avec la nature des erreurs colligées par Dovey : beaucoup d'erreurs sont administratives alors que les erreurs diagnostiques et thérapeutiques qui ont des conséquences plus importantes sont peu fréquentes. L'hospitalisation et les décès restent en proportion faibles dans les études [13, 18,32]. Notre pourcentage d'hospitalisation plus élevé semble se rapprocher des conséquences des erreurs diagnostiques ayant conduit à 23% de conséquences graves, peut-être est-ce dû à notre proportion importante d'erreurs diagnostiques ? Les erreurs diagnostiques semblent donc pourvoyeuses de conséquences défavorables [13, 29,30].
- 17% de retard à la prise en charge, ce qui est moins que dans l'étude de Dovey: 21% [32].
- 3% des situations au décès du patient. Le taux de décès est marginal dans l'étude de Dovey (un seul décès noté).

4.1.9 Démarche entreprise suite à l'erreur

- 27% de nouveau contact et de dialogue avec le patient,
- 21% de nouvelle consultation
- 16% de dialogue avec l'entourage
- 12% de contact avec un confrère.

L'erreur est parfaitement acceptée par les médecins (93%).

Il semble exister un besoin, manifesté par plus d'1/4 des médecins de notre étude à vouloir dialoguer avec leur patient, ou la famille du patient à la suite de la survenue d'une erreur. Les données de la littérature disponibles pour le soin primaire ne concernent que des erreurs médicamenteuses qui ont conduit à une augmentation du nombre de consultations et ne nous permettent pas de comparaison [34].

Dans notre étude, le médecin désirait par ces démarches, s'expliquer avec le patient pour justifier leur prise en charge (démarche explicative ou informative), ou s'excuser auprès du patient (démarche d'excuse). Les médecins ont attribué à ces démarches plusieurs qualités :

- Un apaisement psychique et moral pour le médecin : le médecin généraliste peut faire son *mea culpa*, lorsqu'il a le sentiment d'avoir commis une erreur. Cet acte lui permettrait de libérer sa conscience du sentiment de culpabilité.
- Un apaisement psychique pour le patient : suite au *mea culpa* du médecin ou à la reconnaissance de son statut de victime, le patient pourrait se sentir entendu, et en être soulagé.
- Une restauration possible de la relation médecin patient : le dialogue avec le patient pourrait restaurer une confiance perdue envers le médecin et avec elle, la relation médecin – patient tout entière.
- Une réduction du risque de recours médico-légal : le dialogue avec le patient peut permettre d'éviter l'engagement d'un recours médico-légal par le patient, notamment par son apaisement psychique comme décrit plus haut.

Une erreur médicale peut également modifier les relations du médecin généraliste avec les autres professionnels du système de santé (médicaux, paramédicaux ou autres intervenants).

Galam précise que le médecin doit toujours s'efforcer de restaurer le dialogue afin de rester le plus longtemps possible dans le registre médical et ne pas passer dans le registre juridique [23].

93% des médecins reconnaissent et admettent leurs erreurs. Il est donc parfaitement possible d'aborder ce sujet, d'apparence délicate, lorsque la prise de conscience de la faillibilité de l'art médical est faite. C'est le préalable requis pour aborder cette question, notamment à travers la FMC [9]. 84% des médecins qui se sont prononcés sur la question seraient favorables à la mise en place de séances spécifiques de FMC sur l'erreur. Un des vecteurs possibles pour alerter le praticien sur l'erreur et l'aider à appréhender ce concept dans sa pratique, pourrait être le support papier de FMC. Une publication récente, support de FMC aborde le sujet de l'erreur en ambulatoire [35]. Le but est d'alerter sur l'erreur et ses conséquences et d'émettre des pistes pour « éviter l'évitable ».

4.1.10 Impacts des erreurs pour le praticien

- **Au niveau psychologique**

La grande majorité des médecins a eu un retentissement psychologique. La composante émotionnelle constitue un élément majeur de l'impact de ces erreurs médicales sur les médecins généralistes. Cet aspect a fait l'objet de travaux dans la littérature. Nos résultats concordent totalement avec ceux de la littérature [36,37].

Ces résultats peuvent s'expliquer par la gravité d'une conséquence, la fragilité du médecin ou par le lien étroit qu'entretient les médecins avec leurs patients. Si actuellement la prise en charge psycho affective des patients victimes d'erreurs médicales est loin d'être optimale, celle des médecins est pour le moins quasi-inexistante.

- **Au niveau de la démarche diagnostique**

Parmi les démarches diagnostiques modifiées, les médecins évoquent :

- des modifications de l'interrogatoire (des questions systématisées, un allongement du temps d'écoute du patient)
- des modifications de l'examen clinique (une modification de durée de l'examen clinique, examen clinique systématisé).
- des modifications du recours aux examens paracliniques (un recours plus fréquents sinon systématiques aux examens complémentaires biologiques et radiologiques).
- des modifications du recours aux spécialistes (des recours plus rapides à l'avis spécialisé ou à l'hospitalisation).
- De modification du déroulement global de la consultation (un allongement de la durée moyenne de consultation).

Des travaux mettent également en évidence des répercussions sur la pratique, dans ces différents domaines, mais ne s'intéressaient pas aux soins primaires [38].

- **Au niveau de la démarche thérapeutique**

Parmi les démarches thérapeutiques, les médecins évoquent :

- Une modification des prescriptions médicamenteuses (arrêt de prescription de certains médicaments, évaluation systématique du rapport bénéfice / risque).
- Une modification de la surveillance d'un patient ou d'une pathologie (surveillance par la famille beaucoup moins fréquente, plus de recours à des infirmières à domicile, prescription d'examens biologiques de surveillance systématiques).
- Une implication plus importante du patient dans les choix thérapeutiques.

Toutes ces modifications peuvent se révéler durables, sans connaître de fluctuation par la suite ; ou entraîner un changement temporaire, mais de durée variable.

4.3 Lien entre les conséquences médicales de l'erreur et d'autres variables

Notre étude montre qu'il n'existe aucune différence significative entre les conséquences des erreurs et les différentes variables (dont la FMC, l'abonnement et la lecture aux revues professionnelles, l'informatisation, la présence ou non d'un secrétariat, la date d'installation, le mode d'exercice).

4.4 Lien entre la nature de l'erreur et d'autres variables

Notre étude montre que les seules différences significatives entre la nature et les conséquences des erreurs sont :

- **Le lieu de survenue**

Les erreurs de dose surviennent majoritairement durant les consultations en garde. Nos résultats ne sont pas comparables car on ne retrouve pas de données dans la littérature évoquant le lien avec le lieu de survenue. Ce lien pourrait s'expliquer par l'état de fatigue du médecin en garde la nuit ou en fin de semaine, ou par l'absence de moyen informatique ou de référentiel thérapeutique dans le cabinet de garde.

- **Le lien entre la nature des erreurs et l'impact sur les praticiens**

Les erreurs de diagnostic retardé, et de diagnostic erroné ont plus de répercussions sur la démarche diagnostique que les autres erreurs. Seul le diagnostic retardé entraîne un retentissement psychologique. Cela peut s'expliquer par le fait que les erreurs de diagnostic retardé ont plus de conséquences graves pour le patient et marquent donc plus le médecin. Les erreurs de dose thérapeutique, les erreurs d'excès de traitement et les erreurs de surveillances ont plus de répercussion sur la démarche thérapeutique des praticiens que les autres types d'erreurs.

- **Le lien entre la nature et les conséquences des erreurs**

- **Lien avec les erreurs de diagnostic**

En comparant les erreurs diagnostiques entre elles, notre étude nous montre clairement que le diagnostic retardé entraîne significativement une conséquence médicale ($p=0,03$). En analyse uni

variée, le diagnostic retardé conduit significativement à plus de conséquences que les autres types d'erreurs diagnostiques (surtout hospitalisation et décès). Dans la littérature, les erreurs diagnostiques (manqués ou retardés) sont associées à des conséquences plus importantes que les autres types d'erreur [30].

- **Lien avec les erreurs thérapeutiques**

Le défaut de traitement et l'excès de traitement provoquent plus d'hospitalisations que les autres erreurs thérapeutiques.

En analyse uni variée, la probabilité d'avoir une conséquence suite à un excès de traitement et/ou à un défaut de traitement est supérieure à la probabilité d'avoir une conséquence quand l'erreur est autre : Ces deux erreurs entraînent significativement une conséquence médicale (quelle qu'elle soit) par rapport aux autres erreurs thérapeutiques.

D'autre part, en analyse uni et multi variée, l'erreur de dose a statistiquement eu moins d'effets que les autres erreurs. Elles sont accompagnées de façon significative de moins de conséquences que les autres erreurs de traitement. Les données de la littérature sont peu précises sur les effets des erreurs médicamenteuses dans le soin primaire. Une seule étude a étudié le type d'erreurs médicamenteuses associés à des conséquences graves (décès) : l'erreur de dose a été l'évènement le plus fréquemment associé à ces décès [39]. Notre résultat contradictoire mérite donc la plus grande circonspection du fait de l'effectif très limité. Il convient donc de relativiser la significativité de notre résultat concernant les erreurs de dose. Notre résultat significatif pour les erreurs « absence de traitement » peut s'expliquer en parallèle avec les erreurs diagnostiques. En effet, dans plusieurs situations, l'absence de traitement était associée à une erreur diagnostique (retardé ou erroné). L'absence de diagnostic correct s'accompagne d'un traitement inadapté.

- **Lien avec les autres erreurs**

Les erreurs administratives n'ont pas eu de conséquence pour le patient et la majorité des erreurs de surveillance d'un acte provoquent une hospitalisation.

Nos autres données ne mettent pas en évidence de lien entre les conséquences et certaines erreurs, principalement du fait que les effectifs sont insuffisants et ne permettent pas de comparaisons pertinentes.

C. Limites de notre étude

- **L'anonymat**

La principale limite de cette étude, est l'absence d'anonymat du questionnaire. Le mode de renvoi du questionnaire par mail, ne garantissait pas l'anonymat des médecins. Cette limite a pu avoir un retentissement sur le nombre de questionnaire renvoyé et sur la déclaration des erreurs. L'utilisation d'un questionnaire mis en ligne sur site internet aurait été plus adaptée pour cette étude, d'autant plus qu'elle traite d'un sujet tabou.

- **Nombre de réponses**

Le questionnaire a été envoyé à 256 médecins libéraux. 166 médecins ont renvoyé le questionnaire. 156 questionnaires étaient exploitables pour l'étude soit 61%. Malgré l'absence de réponse de 100 médecins, ce résultat reste favorable. Un effectif plus élevé aurait permis d'affiner les résultats et aurait pu mettre en évidence des différences significatives. Une étude de grande envergure pourrait permettre de préciser les données pour un véritable état des lieux de l'erreur en soins primaires. Plusieurs éléments peuvent expliquer l'absence de réponse :

-l'absence d'anonymat du questionnaire,

-la durée de l'étude sur deux mois contenant deux grandes périodes de vacances (noël et carnaval), pouvant expliquer par ailleurs la nécessité de relancer les médecins à quatre reprises. Un biais de saisonnalité peut exister.

- le thème de l'erreur médicale est un sujet délicat à aborder en raison des connotations péjoratives de faute, de culpabilité, de honte ou encore de perte d'estime de soi auxquelles il renvoie.

- **Mode de recueil des données**

Celui-ci fait essentiellement appel à la mémoire des médecins. Le signalement des erreurs par les médecins de façon rétrospective fait débat dans la littérature. Les écueils tels que la négation consciente ou non de certains faits, l'oubli involontaire de certaines données, ont pu altérer la véracité des réponses même si les questions utilisées laissaient peu de place aux réponses libres. Dans notre étude, 6 médecins ont déclaré n'avoir jamais fait d'erreur. De ce point de vue, un recueil prospectif pourrait éviter ce biais de mémorisation.

- **Le questionnaire**

Le questionnaire comporte 23 questions. Il peut paraître long et difficile à remplir par le médecin généraliste qui le reçoit, ce qui pourrait expliquer le refus de participation des médecins et

l'absence de réponse de certains médecins. Toutes les questions étaient nécessaires face à la complexité de cette étude.

D. Vision globale

Dans cette étude, il s'agit de l' « expérience » des médecins généralistes. Pour avoir une vision plus globale des erreurs médicales en soins primaires, il apparaît important d'étudier la population des médecins spécialistes libéraux.

V. CONCLUSION

Tout médecin peut être confronté un jour, au cours de son exercice professionnel, à la survenue d'une erreur. Cette erreur peut avoir des conséquences plus ou moins graves sur la santé du patient. L'erreur médicale est à ce jour un sujet émergent en raison de ses conséquences humaines, juridiques et médiatiques. Pour les médecins, la survenue d'une erreur renvoie souvent à la notion de faute et au sentiment de culpabilité, la crainte d'une sanction judiciaire l'emportant souvent sur la reconnaissance de l'erreur.

Très peu d'études sur l'erreur médicale ont été réalisées en médecine de ville. Les systèmes de signalement des « événements indésirables » en soins primaires se développent, permettant d'identifier, d'analyser et ainsi prévenir leur survenue. En revanche l'étude des erreurs médicales en soins primaires est peu développée.

C'est partant de ce constat que nous avons décidé de réaliser ce travail auprès des médecins généralistes, considérés comme les premiers acteurs du soin primaire. L'objectif principal de notre travail était de décrire les erreurs médicales et d'identifier les facteurs associés à la survenue de ces erreurs. L'objectif secondaire était de décrire les répercussions de ces erreurs sur le médecin et sur sa pratique professionnelle.

Notre étude a permis de décrire les différents types d'erreurs majoritairement retrouvés en médecine de ville ainsi que leurs principales conséquences. Peu de facteurs associés à la survenue de ces erreurs ont été identifiés. Certaines limites de cette étude peuvent en être la cause.

Nos résultats confirment bien l'existence d'un impact majeur des erreurs médicales sur les médecins généralistes et leur pratique.

A l'issue de cette étude, il nous paraît essentiel d'envisager la mise en place d'un enseignement de l'analyse des erreurs médicales s'adressant aux internes en médecine générale dès le début de leur formation initiale et aux médecins généralistes dans leur formation médicale continue.

La diffusion et la généralisation de la pratique de la déclaration d'erreur médicale doivent être intégrées dans les décisions de santé publique, afin d'assurer une réelle amélioration des soins en médecine générale.

La réalisation d'autres études portant sur l'erreur médicale à beaucoup plus grande échelle paraît essentielle afin de sensibiliser tous les praticiens à la nécessité de participer en masse aux démarches de déclaration d'erreurs. Ces études pourraient concerner les médecins dans leur ensemble, toutes spécialités confondues, afin d'assurer une réflexion collégiale et une prise de conscience générale du corps médical de l'importance du coût humain et financier de nos erreurs. Prendre en considération l'erreur médicale et ses conséquences constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. DOVEY SM, et al. **A preliminary taxonomy of medical errors in family practice.** *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 233-8.
2. MAKEHAM MA, et al. **An international taxonomy for errors in general practices: a pilot study.** *Med J Aust* 2002;177(2):68-72.
3. GALAM E. **L'erreur médicale en médecine générale.** *Revue Responsabilité*, Juin 2007(26):1-6
4. LATIL F. **Place de l'erreur médicale dans le système de soins.** *Pratique et organisation des soins*, 2007 ; 38 (1) : 69-77.
5. Rapport de l'ANAES. **Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé.** *La revue prescrire*, 2005 ; 25 (267) : 911-912. (ENEIS)
6. GRIBEAUVAL JP. **Comment distinguer faute, erreur et aléa dans la pratique quotidienne? Eviter l'évitable.** *La revue Prescrire*. 2005 ; 25 (267) : 892.
7. **Erreurs en médecine ambulatoire : une recherche balbutiante.** *La revue Prescrire*, 2003 ; 23 (241) : 543-544.
8. AVERY AJ. **Classifying and identifying errors.** *BMJ Journals*, *Qual Saf Health Care* 2003; 12:404
9. KLOTZ P. **L'erreur médicale. Mécanismes et prévention.** Paris : Maloine, Octobre 1994,152 pages.
10. NANCY C, et al. **Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care: a synthesis of the literature.** *J Fam Pract* 2002; 51: 927-932.
11. BRITTEN N, et al. **Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study.** *BMJ* 2000; 320: 484-8.

12. ELY JW, et al. **Perceived causes of family physicians' errors.** *J Fam Pract.* 1995 ; 40 : 337-44.
13. BHASALE AL, et al. **Analysing potential harm in Australian general practice: an incident-monitoring study.** *Med J Aust* 1998; 169: 73-76.
14. FISCHER G, et al. **Adverse events in primary care identified from a risk-management database.** *J FAM Pract* 1997; 45: 40-6.
15. GANDHI TK, et al. **Communication breakdown in the outpatient referral process.** *J Gen Intern Med* 2000 ; 15 : 626-31.
16. CHANELIERE M. **Impact des évènements indésirables sur la pratique des médecins généralistes : étude qualitative auprès de 15 praticiens de la région Rhône-Alpes.** Thèse de médecine générale : Claude Bernard Lyon 1 : 2005 : 123 pages.
17. KLOTZ P. **Taxonomie de l'erreur médicale.** *La revue du praticien.* Tome 17, n°626
18. ELDER NC, et al. **Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care: A synthesis of the literature.** *J Fam Pract* 2002; 51: 927-932
19. MICHEL P, et al. **Les évènements graves indésirables liés aux soins observés dans les établissements de santé ; première étude nationale.** Paris : Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Etudes et Résultats n°398. *Ministère(DREES)* ; 2005
20. Michel P, et al. **Les événements indésirables liés aux soins extrahospitaliers: fréquence et analyse approfondie des causes.** 2009. (étude ENEIS).
21. Michel P, et al. **Les événements indésirables liés aux soins extra- hospitaliers: fréquence et analyse approfondie des causes (étude EVISA).** Bordeaux, 2008.
22. Michel P, et al. **Etude nationale en Soins Primaires sur les événements indésirables (étude ESPRIT) Rapport final.** CCECQA, Bordeaux 2013.
23. GALAM E. **Dé dramatiser et travailler nos erreurs, l'erreur médicale.** *Revue du praticien Médecine générale* 2005 (19) 686/687 : 377-380.

24. **Rapport d'activité de la MACSF.2012.** <http://www.risque-medical.fr/responsabilite-civile/2012/medecine-generale-19>
25. BRENNAN TA, et al. **Incidence of adverse effects and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I.** *New England Journal Med* 1991; 324:370-6.
26. CHYKA PA. **How many deaths occur annually from adverse drug reactions in the USA?** *J Med* 2000, 109:122-30.
27. COMTE C. *Conséquences de l'erreur médicale grave. Enquête auprès e médecins généralistes.* Thèse n° 20333MON11007 Montpellier
28. **La visite à domicile : une exception française.** URCAM Champagne-Ardenne. <http://www.champagne-ardenne.assurance-maladie.fr/1585.0.html>.
29. BHASALE A, et al. **The wrong diagnosis : identifying causes of potentially adverse events in general practice using incident monitoring.** *Family Practice* 1998 ; 15 : 308-318.
30. SANDARS.J, et al. **The frequency and nature of medical error in primary care : understanding the diversity across studies.** *Family Practice* Vol. 20, n° 3, 231-236
31. RUBIN G, et al. **Errors in general practice : development of an error classification and pilot study of a method for detecting errors.** *Qual Saf Health Care* 2003 ; 12 :443-447.
32. ELDER NC, et al. **The identification of medical errors by family physicians during outpatient visits.** *Ann Fam Med* 2(2) 125-129. 2004
33. WOOLF HS et al. **A string of mistakes : the importance of cascade analysis in describing, counting, and preventing medical errors.** *Ann Fam Med* .2004 . 2 :317-326
34. GANDHI TK, et al. **Adverse drug events in ambulatory care.** *New England Journal Medical.* 2003 Apr 17 348 (16) 1556-1564.
35. **Eviter l'évitable ; tirer parti des erreurs pour mieux soigner.** *Revue Prescrire.* 2005. 25(267) supp. 881-945.

36. NEWMAN MC. The emotional impact of mistakes on family physicians. Arch Fam Med 1996;5:71-5.

37. FIGNON S, Impact des évènements indésirables sur la pratique de 15 médecins généralistes maître de stage. Presse Med. 2008 ; 37 : 1220-1227.

38. SUMMERTON N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. BMJ 1995;310(6971):27-9.

39. KENAN CR, et al. Reducing medical errors in primary care Patient Care. 2003 ; 37(12) : 28-29, 32-34,36.

ANNEXES

Annexe 1 : Classification de P. KLOTZ

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

ANNEXE 2 : Taxonomie de DOVEY, complétée par MAKEHAM

1. ERREURS DE PROCEDURES

1-1 Gestion du cabinet

- 1-1-1 Système de classement des dossiers
- 1-1-2 Compléter le dossier médical
 - 1-1-2a Dossier indisponible
 - 1-1-2b Soins donnés mais non documentés
 - 1-1-2c Dossier non mis à jour ou incomplet
- 1-1-3 Mouvements de patients (dans le système de soins)
- 1-1-4 Gestion des messages
- 1-1-5 Rendez-vous
- 1-1-6 Erreurs dans le maintien d'un environnement physique sûr*

1-2 Investigations complémentaires

- 1-2-1 Laboratoires
 - 1-2-1a Décision d'investigations biologiques
 - 1-2-2b Exécution des examens biologiques
 - 1-2-2c Compte rendu des examens biologiques
 - 1-2-2d Suite à donner à des résultats biologiques anormaux
- 1-2-2 Imagerie
 - 1-2-7 Décision d'imagerie
 - 1-2-8 Exécution des examens d'imagerie
 - 1-2-9 Compte rendu des examens d'imagerie
 - 1-2-10 Suite à donner à des résultats d'imagerie anormaux
- 1-2-3 Autres investigations
 - 1-2-3-1 Décision d'autres investigations
 - 1-2-3-2 Exécution de ces investigations
 - 1-2-3-3 Compte rendu de ces autres investigations
 - 1-2-3-4 Suite à donner à ces résultats anormaux

1-3 Traitement

1-3-1 Traitement médicamenteux

1-3-1-1 Prescription de traitement médicamenteux

1-3-1-2 Exécution de la prescription

1-3-1-3 Délivrance et prise du traitement

1-3-2 traitements autres que médicamenteux

1-3-2-1 Prescription des traitements autres que médicamenteux

1-3-2-2 Exécution de la prescription

1-4 Communication

1-4-1 communication avec les patients

1-4-1-1 Erreurs liées au consentement du patient

1-4-2 Communication avec des tiers non médicaux

1-4-3 Communication avec des tiers médicaux

1-4-4 communication au sein de l'équipe délivrant des soins*

1-5 Paiement

1-5-1 erreurs dans les processus de réclamation aux assureurs*

1-5-2 erreurs lors du paiement électronique*

1-5-3 honoraires inclus (soin non prodigué)*

1-6 erreurs dans la gestion de la force de travail*

1-6-1 Personnel absent non remplacé

1-6-2 Dysfonctionnement dans les procédures de référence

1-6-3 Erreurs dans la comptabilisation des heures supplémentaires

2-ERREURS DE CONNAISSANCES ET TECHNIQUES

2-1 Exécutions d'une tache clinique

2-1-1 mauvaise décision prise par des personnels non médicaux*

2-1-2 échec dans le suivi d'un standard de pratique*

2-1-3 expérience requise insuffisante pour une tâche clinique*

2-2 Diagnostic erroné ou manqué

2-2-1 erreur de diagnostic par une infirmière*

2-2-2 retard diagnostic*

2-2-3 diagnostique erroné ou retardé en rapport avec une mauvaise interprétation d'examens complémentaire*

2-2-4 diagnostique erroné ou retardé en rapport avec une mauvaise interprétation d'éléments cliniques*

2-2-5 diagnostic erroné par un pharmacien*

2-2-6 diagnostic erroné par un médecin hospitalier*

2-3 Décision d'un traitement erroné

2-3-1 mauvaise décision de traitement influencée par les préférences du patient*

2-3-2 mauvaise décision de traitement du fait du médecin*

** erreurs ajoutées par Makeham*

Annexe 3 : Courrier informatif destiné aux médecins

« Chers Confrères, Chères Consœurs,

Actuellement interne en cinquième semestre de Médecine Générale à la faculté de Médecine Antilles Guyane, je réalise dans le cadre d'un projet de recherche de mémoire pour la validation de mon DES, une étude sur les « Les erreurs médicales en médecine générale.

Tout médecin peut être confronté un jour à la survenue d'un événement inattendu dans la prise en charge d'un patient.

Le but de mon travail est de décrire les erreurs médicales reconnues et décrites par les médecins généralistes exerçant en cabinet à la Martinique et d'analyser les facteurs éventuels associés à ces erreurs.

L'objectif secondaire est d'évaluer l'impact psychologique de ces erreurs médicales sur les médecins ainsi que leur retentissement sur la pratique professionnelle.

A ce titre, je vous sollicite afin de répondre à un questionnaire simple et individuel, qui ne sera suivi d'aucune autre démarche.

Je me doute des sollicitations multiples qui sont les vôtres, mais puissiez-vous renvoyer ce questionnaire rempli avant le 28 février 2014 soit par voie postale au 21 rue Lorsold résidence les Brisants 97233 Schoelcher soit par mail à l'adresse lauracerland@gmail.com .

Merci pour votre attention et votre précieuse collaboration.

Laura CERLAND ».

Annexe 4 : Questionnaire utilisé pour l'étude

L'objet de ce questionnaire est de caractériser la nature et les conséquences des erreurs médicales en médecine générale et d'identifier des facteurs associés à sa survenue. Pour faciliter l'étude, veuillez décrire **la dernière erreur** survenue à l'occasion de votre exercice.

Pour répondre aux questions, il est nécessaire de vous rappeler la définition et la classification de l'erreur retenues pour cette étude ?

- « **L'erreur médicale** : est définie comme « toute forme de soins impropres, retardés, ou omis portant préjudice au patient, soit en aggravant les conséquences médicales, soit en causant un stress émotionnel ou physique ».

ERREURS MEDICALES			
Liées au DIAGNOSTIC	Liées au TRAITEMENT		Liées à la PREVENTION
Dues aux SYMPTOMES	MEDICAMENTEUX	NON MEDICAMENTEUX	- inappropriée - retardée - oubliée - avec complications
- mauvais diagnostic - diagnostic manqué - retard de diagnostic	- molécule incorrecte - erreur de posologie - administration retardée - administration omise	- inapproprié - retardé - oublié - avec complications	

ERREURS DE PROCEDURES			
Liées au CLINICIEN	Liées à la COMMUNICATION	Liées à des FACTEURS ADMINISTRATIFS	AUTRES FACTEURS
- jugement clinique - compétences	- médecin/patient - médecin/médecin - médecin /établissement de santé	- clinicien - pharmacien - fournisseurs - gestion du cabinet	- problèmes personnels - compagnies d'assurance - réglementation - lieu d'exercice - système de santé global

Merci de répondre aux questions en cochant les réponses et en justifiant quand il est demandé.

1. Quel âge avez-vous ? _____

2. Etes-vous : un homme une femme

3. Quel est votre date d'installation ? _____

4. Exercez-vous : - en groupe (combien de médecin ? —)
- individuel

5. Quel est votre secteur d'exercice ?

Secteur 1 Secteur 2 hors convention

6. Etes-vous informatisé ? OUI NON

Si oui disposez-vous d'un accès Internet ? OUI NON

7. Possédez-vous un module de prescription médicamenteuse ?

OUI NON

8. Avez-vous des alarmes de détections des interactions médicamenteuses à risque ou des

associations contre indiquées ? OUI NON

9. Avez-vous déjà utilisé internet pour y chercher des informations au moment de vos

consultations ? OUI NON

10. Etes-vous abonné à des revues médicales ? OUI NON

11. Participez-vous à des séminaires ou à des formations médicales continues ?

OUI NON

12. Disposez-vous d'un secrétariat ? OUI NON

Si oui est-ce un secrétariat : téléphonique Sur place

13. Quand est survenue cette erreur (mois, année) ?

14. DANS QUELLES CIRCONSTANCES EST SURVENUE CETTE ERREUR ?

a). Y avait-il des conditions particulières au moment de la survenue de l'erreur:

OUI

NON

Si oui, lesquelles :

b). Lieu ou moment de survenue de l'erreur: Au cabinet au téléphone

Lors d'une garde

lors d'une visite à domicile

c). Y avait-il des facteurs liés au patient ou son entourage: OUI NON

Si oui, lesquels :

d). Y avait-il des facteurs liés au matériel nécessaire à la réalisation de l'acte ?

OUI

NON

Si oui, lesquels ?

e). Dans quel état d'esprit étiez-vous au moment de la survenue de l'erreur:

15. TYPE DE SITUATION RENCONTREE (plusieurs possibilités) :

• Erreur de diagnostic :

- erroné

- retardé

- erreur d'interprétation d'examen complémentaire

- erreur de données cliniques ou anamnestiques

- Erreur thérapeutique :
 - Contre-indication ou association déconseillée
 - Excès de traitement
 - Défaut de traitement
 - erreur de dose §prescrite ou administrée
 - erreur dans la surveillance du traitement

- Erreur de communication :
 - Avec les autres professionnels de santé
 - Avec le patient

- Erreur administrative :

- Erreur de surveillance d'une pathologie chronique

- Erreur de réalisation d'examens périodiques ou dépistage

- Erreur de connaissance et Technique

- Défaut de surveillance après un acte technique

- Autres types d'erreurs :

16. Comment vous êtes- vous rendu compte de l'erreur ?

- Vous-même
- L'hôpital
- Le patient
- La famille
- Un confrère
- Un tiers non médical

Si oui lequel ? _____

18. Cette erreur a-t-elle eu des conséquences médicales pour le patient ?

OUI NON

Si oui quelles ont été les conséquences?

Hospitalisation Décès un retard de guérison

Absence de guérison avis spécialisé

18. Quelle a été votre démarche face à cette erreur ?

19. Justifiez votre démarche :

19. Avez-vous reconnu et admis votre erreur ? OUI NON

20. Cette erreur a-t-elle eu des conséquences psychologiques sur vous ?

OUI NON

Si oui lesquelles ?

21. Cette erreur a-t-elle eu des conséquences sur votre pratique professionnelle ?

OUI NON

Si oui, laquelle ? (plusieurs possibilités) :

-Votre démarche diagnostique

→Si oui quels ont été les changements ?

-Votre démarche thérapeutique

→Si oui quels ont été les changements ?

-Votre relation avec vos patients

→Si oui quels ont été les changements ?

22. Seriez-vous favorable à la mise en place de formation médicale continue sur l'erreur ?

OUI NON

23. Avez-vous des remarques à formuler sur ce questionnaire ?

Annexe 5 : Conséquences des erreurs et participation à des séances de FMC

	Participation FMC	Pas de participation FMC	Total
Aucune	50	16	66
Avis d'un spécialiste	9	3	12
Décès	5	0	5
Hospitalisation	24	11	35
Pas de guérison	11	5	16
Retard de prise en charge	16	6	22
Total	115	41	156

Annexe 6 : Conséquences des erreurs et informatisation :

	Informatisé	Non informatisé	Total
Aucune	56	10	66
Avis d'un spécialiste	11	1	12
Décès	4	1	5
Hospitalisation	33	2	35
Pas de guérison	13	3	16
Retard de prise en charge	20	2	22
Total	137	19	156

Annexe 7 : Conséquences des erreurs et mode d'exercice

	Individuel	En groupe	Total
Aucune	54	12	66
Avis d'un spécialiste	9	3	12
Décès	3	2	5
Hospitalisation	26	9	35
Pas de guérison	11	5	16
Retard de prise en charge	17	5	22
Total	120	36	156

Annexe 8 : Conséquences des erreurs et abonnement aux revues médicales

	Abonné	Non Abonné	Total
Aucune	34	32	66
Avis d'un spécialiste	4	8	12
Décès	4	1	5
Hospitalisation	18	17	35
Pas de guérison	9	7	16
Retard de prise en charge	10	12	22
Total	79	77	156

Annexe 9 : Nature des erreurs et participation à des séances de FMC

	Participation FMC	Pas de participation FMC	Total
Diagnostic erroné	28	13	41
Diagnostic retardé	35	9	44
Erreur d'interprétation d'examen complémentaire	9	3	12
Erreur d'interprétation des données cliniques	20	3	23
mauvaise association	8	6	14
Excès de traitement	9	2	11
Défaut de traitement	28	7	35
Erreur de dose	5	1	6
Erreur de surveillance	8	4	12
Erreur administrative	6	4	10
Défaut de communication / professionnel	10	4	14
Défaut de communication / Patient	16	3	19
Surveillance de pathologie chronique	15	6	21
Examens périodique/dépistage	9	6	15
Erreur de connaissance/technique	14	2	16
Erreur de surveillance acte d'un	3	0	3
Total	223	73	296

Annexe 10 : Nature des erreurs et présence d'un secrétariat :

	Secrétariat	Pas de secrétariat	Total
Diagnostic erroné	23	18	41
Diagnostic retardé	18	26	44
Erreur d'interprétation d'examen complémentaire	7	5	12
Erreur d'interprétation des données cliniques	13	10	23
mauvaise association	7	7	14
Excès de traitement	8	3	11
Défaut de traitement	18	17	35
Erreur de dose	4	2	6
Erreur de surveillance thérapeutique	7	5	12
Erreur administrative	7	3	10
Défaut de communication / professionnel	9	5	14
Défaut de communication / patient	12	7	19
Surveillance de pathologie chronique	10	11	21
Examens périodique/dépistage	9	6	15
Erreur de connaissance/technique	7	9	16
Erreur de surveillance d'un acte	2	1	3
Total	161	135	296

Annexe 11 : Nature des erreurs et mode d'exercice

	Individuel	En groupe	Total
Diagnostic erroné	28	13	41
Diagnostic retardé	33	11	44
Erreur d'interprétation d'examen complémentaire	10	2	12
Erreur d'interprétation des données cliniques	20	3	23
mauvaise association	11	3	14
Excès de traitement	9	2	11
Défaut de traitement	28	7	35
Erreur de dose	5	1	6
Erreur de surveillance thérapeutique	9	3	12
Erreur administrative	7	3	10
Défaut de communication / professionnel	12	2	14
Défaut de communication / Patient	15	4	19
Surveillance de pathologie chronique	15	6	21
Examens périodique/dépistage	9	6	15
Erreur de connaissance/technique	8	8	16
Erreur de surveillance d'un acte	3	0	3
Total	222	74	296

Annexe 12 : Nature des erreurs et informatisation

	Informatisé	Non informatisé	Total
Diagnostic erroné	38	3	41
Diagnostic retardé	37	7	44
Erreur d'interprétation d'examen complémentaire	11	1	12
Erreur d'interprétation des données cliniques	19	4	23
mauvaise association	11	3	14
Excès de traitement	7	4	11
Défaut de traitement	31	4	35
Erreur de dose	6	0	6
Erreur de surveillance thérapeutique	10	2	12
Erreur administrative	8	2	10
Défaut de communication / professionnel	13	1	14
Défaut de communication / Patient	15	4	19
Surveillance de pathologie chronique	19	2	21
Examens périodique/dépistage	14	1	15
Erreur de connaissance/technique	15	1	16
Erreur de surveillance d'un acte	3	0	3
Total	257	39	296

Annexe 13 : Nature des erreurs et abonnement à des revues médicales

	Abonné	Non Abonné	Total
Diagnostic erroné	22	19	41
Diagnostic retardé	19	25	44
Erreur d'interprétation d'examen complémentaire	4	8	12
Erreur d'interprétation des données cliniques	11	12	23
mauvaise association	6	8	14
Excès de traitement	4	7	11
Défaut de traitement	17	18	35
Erreur de dose	5	1	6
Erreur de surveillance thérapeutique	5	7	12
Erreur administrative	9	1	10
Défaut de communication / professionnel	5	9	14
Défaut de communication / Patient	6	13	19
Surveillance de pathologie chronique	10	11	21
Examens périodique/dépistage	8	7	15
Erreur de connaissance/technique	10	6	16
Erreur de surveillance d'un acte	2	1	3
Total	143	153	296

Annexe 14 : Nature des erreurs et lieu de survenue

	Cabinet	Visite	Téléphone	Garde	Total
Diagnostic erroné	29	6	2	4	41
Diagnostic retardé	35	4	2	3	44
Erreur d'interprétation d'examen complémentaire	11	1	0	0	12
Erreur d'interprétation des données cliniques	17	3	1	2	23
mauvaise association	11	1	1	1	14
Excès de traitement	6	2	3	0	11
Défaut de traitement	29	3	1	2	35
Erreur de dose	4	0	1	2	7
Erreur de surveillance	7	3	3	0	13
Erreur administrative	8	2	0	0	10
Défaut de communication / professionnel	11	2	1	0	14
Défaut de communication / Patient	13	3	2	1	19
Surveillance de pathologie chronique	16	1	1	3	21
Examens périodique/dépistage	11	1	0	3	15
Erreur de connaissance/technique	14	2	0	0	16
Erreur de surveillance d'un acte	3	0	0	1	4
Total	225	34	18	22	299

Annexe 15: Nature des erreurs et date d'installation :

	<5ans	5-10ans	10-15ans	>15ans	Total
Diagnostic erroné	6	15	9	11	41
Diagnostic retardé	5	16	11	12	44
Erreur d'interprétation d'examen complémentaire	1	5	39	20	65
Erreur d'interprétation des données cliniques	2	6	6	9	23
mauvaise association	1	4	3	6	14
Excès de traitement	0	3	4	4	11
Défaut de traitement	4	16	9	6	35
Erreur de dose	2	2	1	1	6
Erreur de surveillance thérapeutique	1	6	0	5	12
Erreur administrative	1	2	4	3	10
Défaut de communication / professionnel	1	5	3	5	14
Défaut de communication / Patient	2	6	4	5	17
Surveillance de pathologie chronique	2	9	5	5	21
Examens périodique/dépistage	1	5	4	5	15
Erreur de connaissance/technique	1	6	4	5	16
Erreur de surveillance d'un acte	0	1	1	1	3
Total	30	107	107	103	347

Annexe 16 : lien entre la nature des erreurs et l'impact sur les médecins

	Au niveau psychologique	Sur la démarche diagnostic	Sur la démarche thérapeutique	Total
Diagnostic erroné	25	33	5	63
Diagnostic retardé	30	42	3	75
Erreur d'interprétation d'examen complémentaire	7	7	0	14
Erreur d'interprétation des données cliniques	11	15	1	27
mauvaise association	4	2	10	16
Excès de traitement	5	5	7	17
Défaut de traitement	17	24	2	43
Erreur de dose	0	1	4	5
Erreur de surveillance thérapeutique	3	2	8	13
Erreur administrative	0	0	0	0
Défaut de communication avec un professionnel	12	10	3	25
Défaut de communication avec un patient	3	7	1	11
Surveillance d'une pathologie chronique	10	7	1	18
Examens périodique/dépistage	6	5	0	11
Erreur de connaissance/technique	6	7	2	15
Erreur de surveillance d'un acte	3	1	1	5
Total	142	168	48	358

Annexe 17 : Lien entre les différentes erreurs diagnostiques et leurs conséquences :

	Aucune	Avis spécialisé	Décès	Hospitalisation	Pas de guérison	Retard de prise en charge	Total
Diagnostic erroné	6	8	2	3	3	5	27
Diagnostic retardé	8	0	4	8	9	15	44
Erreur d'interprétation d'examen complémentaire	3	1	0	2	2	4	12
Erreur d'interprétation des données cliniques	11	3	1	17	1	2	35
Total	28	12	7	30	15	26	118

Annexe 18 : Lien entre les différentes erreurs de traitement et les conséquences.

	Mauvaise association	Excès de traitement	Défaut de traitement	Erreur de dose	Erreur de surveillance	Total
Aucune	8	4	9	6	6	33
Avis spécialisé	2	1	5	0	1	9
Décès	1	0	2	0	0	3
Hospitalisation	3	6	8	0	3	20
Pas de guérison	0	0	4	0	0	4
Retard de prise en charge	0	0	7	0	2	9
Total	14	11	35	6	12	78