

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année : 2019

N° 2019-235

T H E S E

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

par

Morgane LELOUP

Née le 16 avril 1989 à Chartres

Présentée et soutenue publiquement le 5 novembre 2019

Perception par le patient du risque d'erreur médicale en médecine générale

Président du jury : Madame le Professeur Leila MORET

Directeur de thèse : Madame le Docteur Stéphanie LARRAMENDY-MAGNIN

Membres du jury : Monsieur le Professeur Rémy SENAND
Madame le Docteur Maud JOURDAIN
Monsieur le Docteur Bernard BRANGER

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Leila MORET,

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter la présidence de ce jury. Soyez assurée de mon profond respect.

A Madame le Docteur Stéphanie LARRAMENDY-MAGNIN,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse et de m'avoir guidée avec patience tout au long de la réalisation de ce travail. Merci pour votre bienveillance et votre disponibilité.

A Madame le Docteur Maud JOURDAIN,

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury de thèse. Soyez assurée de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Rémy SENAND,

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter de juger mon travail de thèse. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Bernard BRANGER,

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury de thèse. Vous m'avez été d'une aide précieuse pour la réalisation de la partie statistique de cette thèse. Merci pour votre bienveillance et votre disponibilité.

A tous les professionnels de santé rencontrés pendant mes études de médecine, et plus particulièrement,

- Merci aux équipes du service de médecine polyvalente de l'Hôpital de Fontenay-le-Comte où j'y ai fait mes premiers pas en tant qu'interne. Merci pour tout ce que vous m'avez appris.
- Merci aux équipes du service des Urgences du CHU de Nantes pour leur formation et leur disponibilité malgré l'afflux de patients.
- Merci aux équipes du service de pédiatrie de l'Hôpital de St Nazaire pour m'avoir appris à me familiariser aux pathologies pédiatriques avec tant de bienveillance.
- Merci aux équipes de psychiatrie de l'Hôpital Georges Daumezon à Bouguenais pour m'avoir sensibilisée aux pathologies psychiatriques et pour le travail que vous faites au quotidien.
- Merci à tous les médecins généralistes qui m'ont accueillie dans leur cabinet et qui m'ont confortée dans mon choix d'exercer la médecine générale et petit clin d'œil au cabinet médical de Gesvrine pour ces deux superbes années de remplacement à vos côtés.

Et je dédie cette thèse...

A mes parents,

Papa, Maman, je tenais à vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi, de m'avoir accompagnée et soutenue tout au long de ces études. Vous êtes des exemples pour moi. Vous avez fait de moi la femme que je suis et surtout le Docteur que je serai. Je vous aime.

A mes sœurs,

Laetitia et Adeline, toutes les trois nous formons un trio de choc. Je garde que de bons souvenirs de notre enfance ensemble et c'est toujours avec plaisir que je vous retrouve pour des week-ends en famille. Je vous aime.

A mes nièces,

Alicia et Flora, vous m'apportez beaucoup de joie ; je vous aime mes princesses.

A toute ma famille,

Et tout particulièrement mes grands-parents, papi Tanguy et mamie Thérèse qui ne sont malheureusement plus de ce monde mais je ne vous oublie pas !

A Anne Laure,

Une vraie amitié qui dure depuis le lycée, des terrains de basket aux vacances à la Tranche-sur-Mer...que de bons souvenirs avec toi et ce n'est que le début.

A la Bch Team de Tours,***

A toi Adélaïde, alias Abdeshow : merci pour ta folie qui fait de toi une amie extraordinaire.

A toi Adeline, la QB de la bande : merci pour ton amitié sans faille et ton soutien si précieux.

A toi Alice, alias bonjour bonjour ^^ : merci pour cette belle complicité qui nous lie de plus en plus et pour tous les fous rires que l'on partage.

A toi Coline, alias Coco : merci pour ta gentillesse et pour tous les moments que l'on partage autour d'un bon vin pétillant.

A toi Jessica, alias SB : merci pour ton amitié si précieuse depuis notre première année en médecine et pour tous les souvenirs ensemble.

A toi Marie, alias Mama : merci d'être toi tout simplement. Tu me fais tellement rire.

A toi Sophie, alias Kuk : merci pour tes blagues et tes kukinades qui me donnent le sourire dès que je te vois.

A la Team Med Gé,

Merci pour ces échanges quotidiens où l'on partage nos cas cliniques et nos demandes d'avis avec tant de bienveillance et de sympathie. J'espère que ce groupe va perdurer dans le temps !

A Lucie,

Une rencontre à l'internat de Nantes puis un séjour aux Etats-Unis pour concrétiser le début d'une amitié. Et quelle belle amitié ! Ne change surtout pas.

A Mathilde,

Une amitié qui a débuté dans un couloir des urgences et qui n'a fait que progresser... Merci pour ta gentillesse et ta simplicité. Friend Forever #momoenmodebilingue.
Et petit clin d'œil à la merveilleuse Avril.

A Morgane, alias la Pich,

Merci pour ton amitié si fidèle, pour tous les moments que l'on partage, nos soirées à refaire le monde...et un grand merci pour la relecture de ma thèse.

Aux Tuches du Bignon,

Merci pour tous les moments que l'on partage ensemble avec nos goûts prononcés pour les Escape Games de l'horreur ^^ . Tuche un jour, Tuche toujours !

A tous mes amis rencontrés au cours de mes études médicales à Tours puis Nantes,

Au Divan des médecins,

Merci d'exister ! Quel plaisir de vous lire quotidiennement #pelle.

♪ ***Et merci à Ed et Justin pour leur musicalité permanente ...*** ♪

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé
CCI : Commission de conciliation et d'indemnisation
CISP : Classification Internationale pour la Sécurité des Patients
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP : Comité de Protection des Personnes
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CRCI : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux
CRUQ : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge
DES : Diplôme d'études spécialisées
DMP : Dossier Médical Partagé
DPC : Développement Professionnel Continu
DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DU : Diplôme Universitaire
EIAS : Evènements indésirables associés aux soins
EIG : Evènements indésirables graves
ENEIS : Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables associés aux Soins
ETP : Education Thérapeutique du Patient
EVISA : Etude régionale sur les Evènements Indésirables graves liés aux Soins Ambulatoires extrahospitaliers
ESPRIT : Enquête en Soins Primaires sur les évènements indésirables associés aux soins
HAS : Haute Autorité de Santé
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MICI : Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin
MITSS : Medically Induced Trauma Support Services
MG : Médecin généraliste
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONIAM : Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux
REX-Soignants : Retour d'Expérience de soignants
RMM : Revue de morbi-mortalité
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

I. INTRODUCTION	7
II. LES ERREURS MEDICALES.....	9
A. DEFINITION.....	9
A.1. L'erreur médicale	9
A.2. Les événements indésirables associés aux soins	9
A.3. Les événements indésirables graves	10
A.4. La faute	10
B. LES TRAVAUX DE JAMES REASON.....	11
C. LA CULTURE DE LA SECURITE.....	12
D. LE ROLE DES PATIENTS	14
E. LA DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES ASSOCIES AUX SOINS	15
III. METHODE	17
A. POPULATION ET PROTOCOLE D'ETUDE	17
B. RECUEIL DES DONNEES	17
C. LE QUESTIONNAIRE	18
D. L'ANALYSE STATISTIQUE	19
IV. RESULTATS.....	20
A. INCLUSION ET DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES.....	20
B. NOMBRE DE PATIENTS AYANT UNE MALADIE CHRONIQUE	22
C. LES ERREURS MEDICALES EN FRANCE, PREOCCUPATION DES PATIENTS ?.....	22
D. PATIENTS VICTIMES D'ERREUR MEDICALE.....	24
E. ROLE DANS LA SURVENUE D'UNE ERREUR MEDICALE EN MEDECINE GENERALE	28
F. MESURES A PRENDRE POUR PREVENIR LES ERREURS MEDICALES.....	29
G. RISQUE D'ERREUR MEDICALE : MEDECINE GENERALE ET HOPITAL.....	30
H. DEFINITION DE L'ERREUR MEDICALE	31
I. COMPARAISON	31
V. DISCUSSION	35
A. LA CONFIANCE DES FRANÇAIS A L'EGARD DU SYSTEME DE SANTE	35
B. DEFINITION D'UNE ERREUR MEDICALE DU POINT DE VUE DES PATIENTS.....	36
C. LES FRANÇAIS VICTIMES D'ERREURS MEDICALES	37
D. CAUSES DES ERREURS MEDICALES ET MESURES PREVENTIVES.....	38
E. PROFIL DES PATIENTS « INQUIETS »	39
F. LES LIMITES DE NOTRE ETUDE	40
G. PATIENT, ACTEUR DE SA SANTE	40
H. DMP : UNE VOIE D'AVENIR POUR PREVENIR LES ERREURS MEDICALES ?	42
I. LE MEDECIN, LA SECONDE VICTIME	44
VI. CONCLUSION	46
BIBLIOGRAPHIE	48
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DE THESE.....	53
ANNEXE 2 : TABLEAU DES RESULTATS.....	57
TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	61
SERMENT MEDICAL	62

I. Introduction

Les médecins généralistes sont confrontés dans leur exercice à l'incertitude, du fait de leur position de premier recours dans le système de soins, les amenant à agir au stade précoce et indifférencié des maladies. Cette spécialité est sans doute celle qui est confrontée au champ des connaissances les plus étendues ; de ce fait la maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir est bien leur lot. Quels que soient ses efforts pour augmenter ses connaissances, le médecin généraliste restera celui qui sait "un peu de tout » [1].

Or, pendant notre cursus médical, dont la majorité de nos stages sont hospitaliers, cette incertitude est moins évidente car nous avons accès rapidement à divers examens complémentaires et avis spécialisés qui rendent la difficulté « moindre ». C'est pendant nos stages ambulatoires en cabinet de médecine générale que cette incertitude prend tout son sens et peut engendrer une anxiété réactionnelle pour les jeunes médecins.

Certains professionnels reconnaissent par exemple que travailler au sein d'une spécialité donnée et délimitée génère moins d'angoisses que la médecine générale. Jack Dowie n'hésite pas à considérer ce choix comme une fuite face à l'incertitude [2].

La gestion de l'incertitude fait partie des compétences à acquérir par le futur médecin généraliste : il doit apprendre à "tolérer l'incertitude" comme l'a expliqué la sociologue Géraldine Bloy dans son ouvrage en 2008 [1]. En effet, chaque praticien doit avoir conscience de son propre niveau de tolérance et de sa façon de gérer l'incertitude, qui dépend de sa manière d'aborder les risques et de sa crainte de commettre une erreur professionnelle [3].

L'incertitude médicale peut se classer en trois niveaux comme l'expliquait Renée Fox en 1988 : un niveau 1 qui « résulte d'une maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible », un niveau 2 qui « dépend des limites propres à la connaissance médicale » du moment et un niveau 3 qui correspond à « la difficulté personnelle à distinguer si l'incertitude d'une situation donnée provient de sa propre ineptie et ignorance ou d'une absence de réponse de la médecine en l'état actuel des connaissances » [4].

En effet, il ne faut pas confondre l'incertitude de la médecine avec les limites du non savoir, ou penser qu'il y a incertitude de la médecine alors que ce sont les professionnels qui ne maîtrisent pas certaines connaissances [4] [5].

Tolérer cette incertitude n'est pas toujours simple, surtout lors du début d'activité d'un médecin généraliste [6] mais cette incertitude est inéluctable à notre profession [5].

L'essentiel est de garder une attitude critique face à sa pratique, en sachant identifier exactement à quel moment intervient l'incertitude et donc la nécessité de procéder à une recherche.

Il est vrai que l'incertitude peut être source d'erreur médicale.

L'erreur médicale est un vaste sujet qui nous effraie tous en tant que professionnels de santé mais qui demeure tellement important qu'il mérite qu'on s'y attarde.

L'erreur médicale a été pendant de longues années un tabou : les médecins préféraient se taire plutôt que de subir quelconque jugement ou blâme [7]. C'est seulement après la publication du rapport « To Err is Human » [8], en 1999, par l'Institut de Médecine des Etats-Unis, que la culture de la sécurité s'est développée cherchant à améliorer la gestion des risques et des erreurs médicales, avérées ou potentielles. Depuis la publication de ce rapport, de nombreux travaux ont été réalisés sur cette thématique et sur la prise en compte de l'impact sur les soignants pouvant être qualifiés de « secondes victimes », comme l'a introduit Wu [9] en 2000.

Plusieurs études, dont celle de Witman et al. [10], ont montré que 98 % des patients souhaitaient être informés des erreurs de leurs médecins mêmes minimales et que cela permettrait de réduire le risque d'actions punitives. Cependant, peu d'études ont axé leur recherche sur la perception par le patient du risque d'erreur médicale en médecine générale, alors que nous le savons, le patient prend une place de plus en plus importante dans le système de soins. Une enquête européenne a été menée en 2005 [11] par la Commission européenne sur la santé, auprès des vingt-cinq Etats membres, et publiée en 2006 sous l'appellation « Eurobaromètre spécial : les erreurs médicales ». Elle met en avant le fait que les erreurs médicales sont considérées comme un problème important en Europe. 40 % des personnes interrogées sont inquiètes à l'idée d'être victime d'une erreur médicale grave.

C'est dans ce contexte que nous avons décidé de réaliser une étude sur cette thématique. L'objectif principal de notre étude est d'étudier la perception des erreurs médicales du point de vue des patients consultant en médecine générale. L'objectif final est d'améliorer les connaissances sur ce sujet pour prévenir les erreurs médicales, ou du moins en améliorer le vécu auprès des patients et des médecins.

II. Les erreurs médicales

A. Définition

A.1. L'erreur médicale

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et sa Classification Internationale pour la Sécurité des Patients (CISP), une erreur est définie comme « l'exécution non conforme d'un acte prévu ou l'application d'un plan incorrect. Une erreur peut se produire lorsque, pendant la planification ou l'exécution d'une action, on fait quelque chose qu'il ne fallait pas faire (erreur par commission) ou lorsque l'on ne fait pas quelque chose alors qu'il fallait le faire (erreur par omission). » [12][13].

Il s'agit d'un phénomène complexe, inévitable et lié à la nature humaine « lorsque quelqu'un fait mal en essayant de faire bien ». En d'autres termes, il existe un écart involontaire avec ce qui était prévu [13]. James Reason a défini les erreurs comme des « séquences planifiées d'activités mentales ou physiques qui ne parviennent pas à atteindre l'objectif désiré, quand ces échecs ne peuvent être attribués à l'intervention du hasard. » [14].

Pace et al. proposent la définition suivante : « tout événement susceptible de représenter une menace pour la sécurité des patients » [15].

Mais ce terme d'erreur ayant une connotation juridique et morale de faute, il constitue un frein à l'analyse objective de l'erreur ; c'est pourquoi, depuis 2002, on va préférer le terme d'événements indésirables associés aux soins (EIAS) ; « adverse events » dans la littérature anglo-saxonne [16] [17] [18].

A.2. Les événements indésirables associés aux soins

Selon l'OMS, un événement indésirable est défini comme « un incident relatif à la sécurité des patients qui entraîne ou aurait pu entraîner une atteinte inutile pour le patient. » [13] [18].

Jean Brami et René Amalberti expliquent, dans leur ouvrage sur la sécurité du patient en médecine générale, qu'un événement indésirable est un événement qui n'était pas dans le contrat moral passé avec les professionnels de santé.

En effet, bien que la médecine n'ait pas d'obligation de résultat (à l'exception de la chirurgie esthétique), il existe toujours un contrat tacite entre le patient et le médecin, le patient attendant une amélioration de son état ou en tout cas une absence de dégradation [19].

Cette définition a été ajustée par la suite grâce à la thèse de C. Larrieu-Marandan [16] et à l'étude Esprit [20] : « un évènement associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau ».

On considère que l'EIAS 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. » [13] [18] [20]. On considère que le problème de soin est inévitable dans les autres cas (on parle d'aléa thérapeutique) [19].

A.3. Les évènements indésirables graves

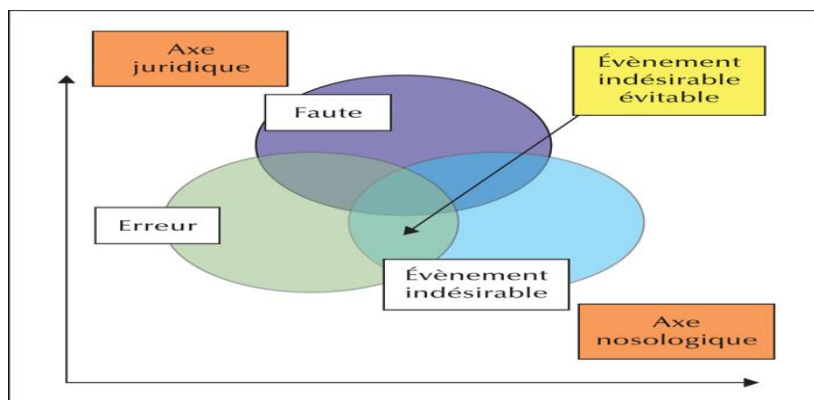
On parle aussi d'évènements indésirables graves (EIG), « never events » en littérature anglaise, qui caractérisent des évènements qui ne devraient jamais avoir lieu [21]. Un évènement indésirable est grave quand il a réellement eu un impact sur le patient et causé un dommage, s'il est à l'origine d'un séjour hospitalier ou de sa prolongation, d'une incapacité ou d'un risque vital [12] [13].

A.4. La faute

On parle de faute lorsqu'il y a eu une infraction à des règles de bonne pratique et négligence de la part du médecin impliqué dans la relation de soins [13] [22].

D'un point de vue légal, la faute doit être prouvée.

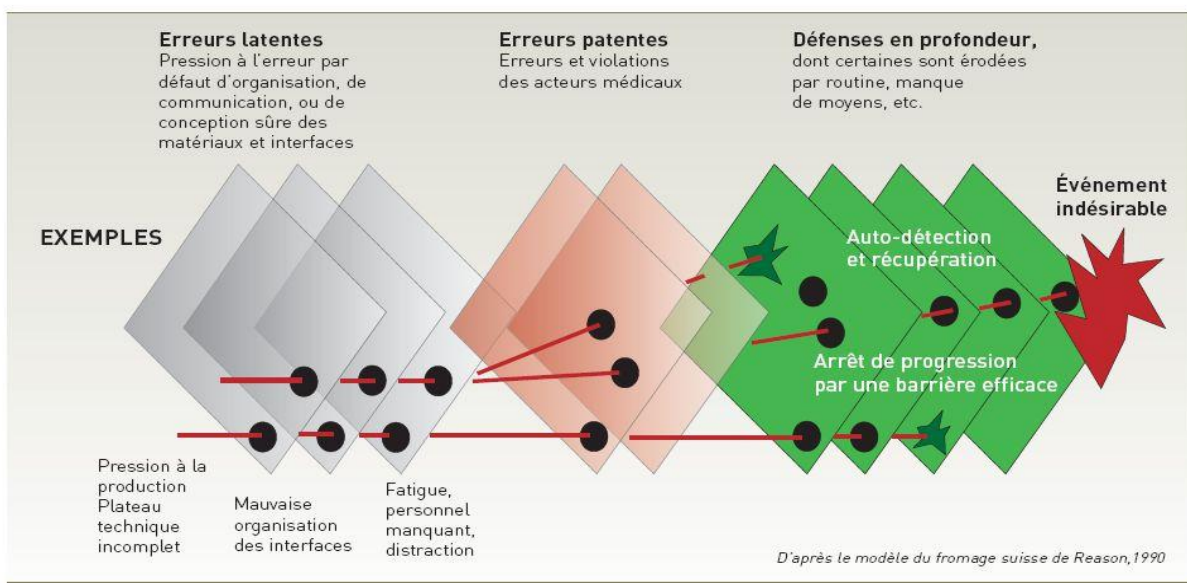
Ce diagramme illustre les superpositions qui existent entre les différents termes [22] [23].



B. Les travaux de James Reason

Le psychologue James Reason a analysé les caractéristiques de bon nombre de catastrophes survenues dans les années 1980 et à partir de cela, il a essayé de comprendre le nombre élevé d'EIAS dans les environnements de soins. Il distingue des erreurs latentes, en lien avec l'organisation du système de soins et des erreurs patentes, en lien avec l'intervention humaine. Il distingue aussi des défenses qui sont des barrières humaines ou matérielles permettant d'éviter les accidents. Lorsque toutes ces barrières sont franchies par une concordance d'erreurs, l'EIAS survient. Il a expliqué qu'il vaut mieux modifier les conditions de travail des professionnels de santé pour améliorer la sécurité des soins. Il a créé le modèle dit du « fromage suisse » pour expliquer comment les défaillances qui surviennent aux différents niveaux d'un système peuvent conduire à des accidents ou des EIAS [14] [16] [19].

Le modèle du fromage suisse de James Reason



Il a compris très vite qu'afin de rendre les systèmes de soins plus sûrs, il faut admettre que le risque d'erreur médicale existe et il faut développer des systèmes et des stratégies qui permettent d'apprendre comment en limiter la survenue et les conséquences [14] [19].

C. La culture de la sécurité

La publication du rapport « To Err is human » en 1999 par l'Institut de Médecine des Etats-Unis [8] fit sensation car il estimait entre 44 000 et 98 000 le nombre de décès annuels imputables aux erreurs médicales commises dans les hôpitaux américains. Celui-ci situait la mortalité d'origine iatrogène à la 8^{ème} place des causes de décès, avant les accidents de la route. De plus, il était évoqué dans ce rapport que les causes des erreurs ne tenaient pas à la formation technique des professionnels de santé mais à la mauvaise organisation du système de santé, son manque de culture de coopération et sa complexité. Le système ne s'améliorera qu'en se réformant profondément [21].

C'est à la suite de la publication de ce rapport que la quête d'amélioration de la sécurité des soins a pris une dimension mondiale conduisant à une modification de la perception de la sécurité des patients. Ce sujet est devenu prioritaire pour la plupart des systèmes de santé [19] [24].

Le premier ouvrage français sur le sujet a été écrit par P. Klotz en 1994 [25].

Il avait conscience que l'erreur était humaine ; comme il le disait : : « homme et non surhomme, le médecin n'échappera pas à l'humaine condition qui consiste à se tromper souvent ». De plus, il pointait déjà du doigt l'absence de formation dans le cursus médical sur les mécanismes conduisant à une erreur médicale. Il avait déjà tout compris sur la genèse des erreurs médicales.

L'OMS a lancé en 2004 un programme pour la sécurité des patients afin de coordonner, diffuser et accélérer les progrès obtenus pour une plus grande sécurité des patients dans le monde. Sa création a souligné l'importance de la sécurité de ces patients et a incité à rendre le patient acteur dans sa prise en charge [24].

De nombreuses études ont montré que la plupart des EIAS survenus dans leur échantillon étaient évitables [24].

La première enquête française sur les événements indésirables graves associés aux soins (ENEIS) a été réalisée en 2004 puis rééditée en 2009 à la demande de Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du ministère chargé de la santé [26] [27] [28].

Cette enquête avait pour objectifs d'estimer l'incidence des EIG liés aux soins pris en charge dans les établissements de santé publics et privés et d'en connaître la part évitable. Cette étude montrait que les EIAS représentent 4,5 % des admissions en médecine et 3,5 % en chirurgie. De plus, la fréquence des EIG survenus pendant l'hospitalisation était de 6,2 EIG pour 1000 jours d'hospitalisation, soit environ un EIG tous les 5 jours dans un service de 30 lits. Plus de 40 % de ces EIG seraient évitables.

En faisant une extrapolation, on estimait que 275 000 à 395 000 EIG par an sont survenus pendant une hospitalisation dont 95 000 à 180 000 EIG pouvaient être considérés comme évitables [28].

Cette étude montrait également que les patients âgés et fragiles étaient plus exposés aux EIG évitables, suggérant des pistes d'action ciblées sur certaines catégories de la population.

Cependant, cette étude s'intéressait au milieu hospitalier alors que les soins extrahospitaliers représentaient la majorité des soins réalisés.

C'est pour cela que l'étude EVISA, commandité par la DRESS, a été réalisée en 2009 - « étude sur les événements indésirables en soins ambulatoires : fréquence et analyse approfondie des causes » [29].

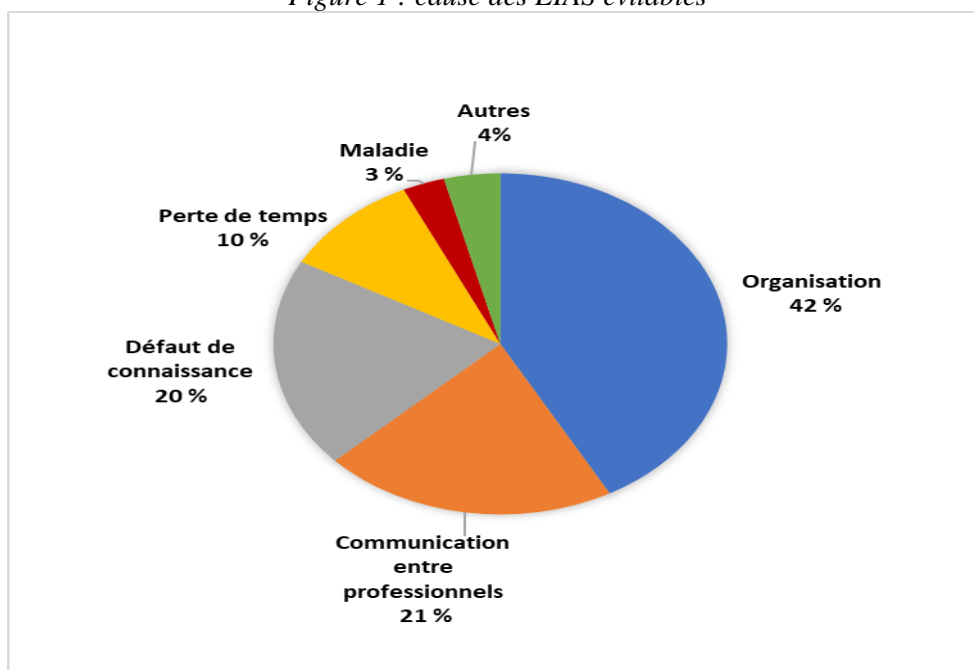
23 % des EIG étaient directement générés par les patients ou leur entourage qui constituent donc un acteur majeur et incontournable de la iatrogénie extrahospitalière. Les patients fragiles étaient plus vulnérables aux erreurs. Le rôle des médicaments était majeur notamment les anticoagulants, les neuroleptiques et les diurétiques. Les problèmes de communication entre médecin traitant et autres professionnels de santé étaient aussi en cause [19].

Cependant, cette étude avait pour limite une sélection hospitalière des cas.

C'est en 2013 qu'est réalisée l'étude ESPRIT (Etude Nationale en Soins PRIMaires sur les événements indésirables), première étude française à s'intéresser à l'incidence des événements indésirables associés aux soins en médecine générale auprès de 125 médecins généralistes tirés au sort. Il en ressortait un événement indésirable tous les deux jours par médecin généraliste dont la moitié était considérée comme évitable [30].

42 % des EIAS évitables étaient en rapport avec des problèmes d'organisation du cabinet, 21 % étaient liés à des défauts d'organisation ou de communication entre professionnels de santé, 20 % à des défauts de connaissance, de compétences ou de mobilisation de celles-ci par le médecin généraliste, 10 % en rapport avec une perte de temps attribuée au patient avant ou durant sa prise en charge, 3 % à l'évolution inhabituelle de la maladie et les 4 % restants à l'absence de défaut identifié (figure 1).

Figure 1 : cause des EIAS évitables



43 % des EIAS ont été identifiés par les patients ou leur entourage d'où l'importance de les impliquer dans la sécurité des soins.

A travers les différentes études réalisées, on se rend compte que le patient a un rôle clé dans la sécurité des soins.

D. Le rôle des patients

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, complétée depuis par la loi du 22 avril 2005 sur les droits des malades en fin de vie, ont permis de mettre le patient au cœur du système de soins [31] [32].

Ces lois ont permis de donner un cadre réglementaire au droit des patients avec notamment l'accès aux soins pour tous et au choix du médecin, l'information et le respect de la confidentialité, l'accès direct au dossier médical, la participation à la décision médicale, le respect de la dignité, le droit de demander une réparation amiable (aléa thérapeutique) ou contentieuse d'un préjudice subi devant la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux (CRCI) [33].

Ces lois ont permis de passer d'un modèle médical paternaliste où le médecin avait tout savoir à un modèle délibératif où le patient devient acteur de sa santé. On parle de décision médicale partagée [34].

De plus, avec la généralisation d'Internet, les patients ont de plus en plus accès à des informations médicales et arrivent parfois en consultation avec un diagnostic établi. Cela a considérablement modifié la relation soignant-soigné.

L'OMS a initié en 2005 « Patients for Patient Safety » qui a pour but de sensibiliser les patients à leur propre sécurité et à les rendre acteur afin d'améliorer la qualité des soins [35].

E. La déclaration des événements indésirables associés aux soins

La Haute Autorité de Santé (HAS) a mis en place en 2013 un programme national pour la sécurité des patients 2013/2017 qui constitue l'ensemble des dispositions mises en œuvre pour améliorer la sécurité des patients [36].

Il doit permettre à tout professionnel, patient et usager, de discerner les enjeux de la sécurité des soins, les objectifs à poursuivre pour garantir la sécurité et les moyens afin de s'améliorer. Chaque acteur, quel que soit son rôle, est un maillon de la chaîne de sécurité nécessaire à la conception et à la production d'un soin. L'objectif est de faire de la relation soignant-soigné un « partenariat dans une optique de sécurisation des soins ».

Les quatre thématiques qui structurent ce projet sont :

- Renforcement de l'information du patient et du partenariat soignant-soigné afin de mieux permettre au patient d'être co-acteur de sa sécurité. Il y a tous les ans La semaine de la sécurité des patients, la dernière datant de novembre 2018 [37].
- Mise en place d'une déclaration et d'une prise en compte des EIAS dans une logique d'apprentissage et d'amélioration des pratiques, via l'analyse des causes systémiques et le retour d'expérience en équipe.

- Amélioration de la culture de la sécurité : introduction de formation à la sécurité des soins dans le cursus des études de tout professionnel de santé et inscription à titre prioritaire dans les programmes de développements professionnels continus (DPC).
- Développement de la recherche sur la sécurité des soins.

Les professionnels de santé ne commettent pas délibérément des dommages à leurs patients. Ainsi, l'approche traditionnelle consistant à blâmer et humilier le responsable de l'erreur est finalement contre-productif. En effet, cela n'incite pas les professionnels de santé à déclarer les erreurs éventuellement commises constituant alors un frein à l'étude des facteurs intervenants dans ces erreurs et au travail pour éviter leur répétition. De plus, cela risque de dévaster le professionnel de santé en cause devenant la « seconde victime », comme le disait Wu en 2000 [9].

Une approche systémique est plus pertinente car elle a pour but de comprendre les multiples facteurs intervenants dans chacune des composantes du système de santé. Ainsi, des stratégies sont mises en place diminuant la probabilité de reproduire les mêmes erreurs et promouvant une culture de la sécurité en santé [36].

Ce type d'approche permet de passer de la culpabilisation à la compréhension.

Depuis 2004, tout EIG doit être déclaré à l'Agence Régionale de la Santé (ARS) ; cela a été renforcé pour le décret du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des EIG. La HAS reçoit les déclarations anonymisées des ARS afin d'élaborer un bilan annuel des EIG déclarés en France avec des préconisations pour l'amélioration de la sécurité des patients [38]. La déclaration peut se faire rapidement en ligne sur le site suivant : https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil [39].

La HAS a recommandé de mettre en place des revues de morbi-mortalité (RMM) dans les établissements de santé. Il s'agit d'une « analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient, qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins [40]. Ces déclarations ne sont pas punitives.

Certaines revues médicales ont instauré des séminaires de formation sur la sécurité des patients : par exemple la revue Prescrire avec « Eviter l'évitable » depuis 2008 [33]. Il existe aussi un site Internet REX-Soignants : Retour d'Expérience de soignants, lancé en 2013, où chaque soignant peut publier de manière anonyme une expérience négative [41].

Les représentants des usagers ont progressivement conquis une place légitime dans les établissements notamment au sein de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge (CRUQ). Il existe le CISS, Collectif Interassociatif Sur la Santé, remplacé par France Assos Santé depuis mars 2017, qui rassemble 72 associations nationales intervenant dans le champ de la santé. Cette organisation veille au respect des droits des malades consacrés par la loi du 4 mars 2002 [42].

III. Méthode

Nous avons réalisé une étude quantitative, descriptive, non interventionnelle, en population.

A. Population et protocole d'étude

Notre population d'étude était les patients majeurs consultant dans un cabinet de médecine générale, quel que soit le motif de consultation.

Nous avons fait le choix de la méthode quantitative par rapport au qualitatif pour obtenir un plus grand nombre de réponses.

Il n'y a pas eu de calcul du nombre de participants nécessaires pour réaliser cette étude.

Aucune déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) n'a été faite du fait du mode de recueil anonyme des données. Le protocole d'étude a été validé par le Comité de Protection des Personnes (CPP) du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE).

B. Recueil des données

Les questionnaires ont été diffusés dans deux cabinets médicaux du département Loire Atlantique, l'un situé à Rezé et l'autre à la Chapelle sur Erdre, sur une période de trois mois allant de mai à juillet 2018. Les deux cabinets étaient des cabinets de groupe, en secteur urbain.

Les questionnaires, auto-administrés, étaient mis en libre accès en salle d'attente ou proposés lors de la consultation médicale à tous les patients âgés de plus de 18 ans. Une note explicative était affichée dans la salle d'attente.

Une urne était à disposition pour réception des questionnaires et garantir l'anonymat. Les patients avaient le choix de remplir le questionnaire en salle d'attente avant ou après la consultation ou de le remplir à leur domicile et de le rapporter ensuite.

C. Le questionnaire

A travers nos recherches, nous n'avons pas trouvé de questionnaire français qui explore notre sujet en médecine de ville. Nous avons donc élaboré un questionnaire anonyme à partir de la littérature internationale prenant en compte plusieurs études réalisées en grande partie en milieu hospitalier. Des modifications ont été apportées afin que ce questionnaire soit adapté à la médecine générale.

Nous nous sommes servis du questionnaire de l'étude de Blendon RJ et al. [43], réalisée en 2002 aux Etats-Unis, dont l'objectif était de percevoir l'opinion des médecins et des patients concernant les erreurs médicales hospitalières. Nous avons aussi utilisé le questionnaire de l'étude de Hobgood C et al. [44], publiée en 2002 aux Etats-Unis, dont l'objectif était de déterminer la façon et le moment choisis par les patients d'un service d'urgences pour leur apprentissage des erreurs médicales. Nous avons aussi utilisé le questionnaire de l'étude de Vanderheyden LC et al. [45], publiée en 2004 au Canada, dont l'objectif était d'évaluer les perceptions et les expériences personnelles de 1500 Albertains en matière d'erreurs médicales évitables. Nous avons aussi utilisé le questionnaire de l'étude de Kistler CE et al. [46], publiée en 2010 en Caroline du Nord et dont l'objectif était d'évaluer la perception des erreurs en soins ambulatoires. Enfin, nous avons utilisé le questionnaire de l'étude européenne « Eurobaromètre spécial : les erreurs médicales [11], publiée en 2006, sur la perception des erreurs médicales par les citoyens européens.

Le questionnaire comprenait en introduction une note informative sur l'intérêt de ce travail et une case à cocher pour valider leur participation à l'étude. Les patients qui souhaitaient avoir de plus amples informations sur cette étude pouvaient me contacter par courrier électronique à l'adresse fournie à la fin du questionnaire.

Il comportait 23 questions (annexe 1) avec seulement deux questions ouvertes dans un but de simplification des analyses statistiques ultérieures. Ce questionnaire interrogeait les patients sur leur degré d'inquiétude à l'idée d'être victime d'une erreur médicale, leurs vécus des erreurs médicales, les facteurs qui en sont à l'origine et leurs propositions pour éviter les erreurs médicales.

La plupart des réponses étaient codées selon une échelle de Likert allant de 1 à 4 avec en plus une réponse correspondant à « ne sait pas ».

D. L'analyse statistique

La saisie des données a été faite sur Excel et l'analyse des données a été menée en utilisant le logiciel EpiData Analysis.

Les données codées sont exprimées en pourcentage sans et avec regroupement du type de réponse.

Les données quantitatives sont exprimées en moyenne \pm écart-type (minimum-maximum).

Les comparaisons sont faites au seuil de $p < 0,05$ avec un test du χ^2 nécessitant des effectifs suffisants (ou avec le Fisher en cas de deux groupes) et avec un test de t de Student pour les moyennes.

Nous avons déterminé deux groupes de patients, les patients considérés comme « inquiets » et les patients considérés comme « confiants », grâce à une analyse des correspondances multiples en utilisant le logiciel SPAD.5.6. Pour cela, nous avons sélectionné les questions 4 à 8 nous paraissant comme représentatives du sentiment d'inquiétude. Nous avons ensuite utilisé l'algorithme suivant afin de créer le groupe des « inquiets » : il correspond aux patients ayant répondu que les erreurs médicales étaient un problème très important en France ou aux patients ayant répondu avoir souvent entendu parler ou lu quelque chose au sujet de erreurs médicales ou aux patients ayant répondu qu'ils étaient inquiets voir très inquiets d'être victime d'une erreur médicale à l'hôpital et en médecine générale ou aux patients ayant répondu qu'il était très probable d'être victime d'une erreur médicale du fait du médecin généraliste ou aux patients ayant répondu qu'ils n'avaient pas du tout confiance en leurs professionnels de santé.

Les patients ayant répondu autrement sont considérés comme « confiants ».

Nous avons fait cela pour voir s'il existait une différence de perception des erreurs entre ceux ayant un profil « inquiet » et les autres mais aussi pour voir leurs caractéristiques.

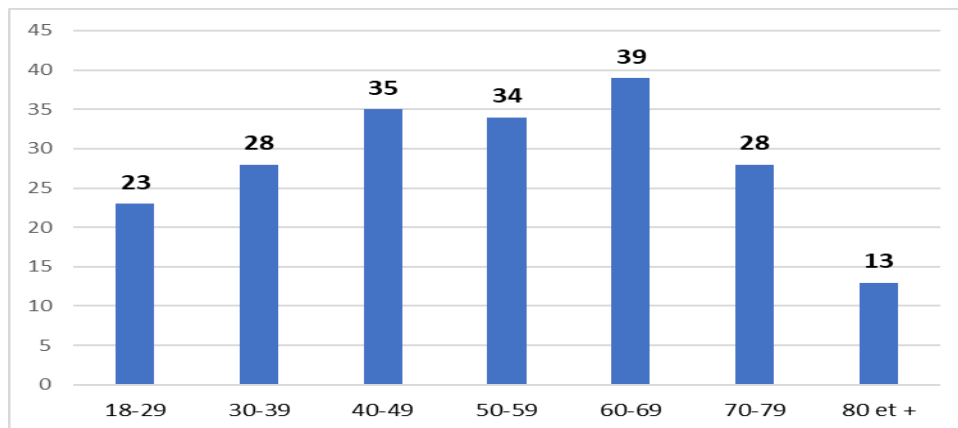
IV. Résultats

A. Inclusion et données socio-démographiques

Au terme de l'enquête, 200 questionnaires ont été recueillis sur les trois mois de diffusion.

Il y avait 61,5 % (123) de femmes et 38,5 % (77) d'hommes. L'âge moyen était de 52,4 ans $(18-92) \pm 17,7$. Les femmes avaient en moyenne 50,6 ans $(18-87) \pm 18,1$, et les hommes avaient en moyenne 55,3 ans $(18-92) \pm 16,7$ (figure 2).

Figure 2 : Nombre de participants par âge



72,5 % (145) des personnes interrogées étaient mariées ou en couple (figure 3), 63 % (126) des participants avaient un niveau d'étude au moins égal au baccalauréat (dont 39,5 % études supérieures) (figure 4). Il s'agissait surtout de personnes actives (50,5 % soit 101 personnes) ou retraitées (37,5 % soit 75 personnes) (figure 5).

46,5 % (93) des patients avaient déclaré avoir consulté un médecin généraliste entre 3 et 6 fois par an en 2017 et 34,5 % (69) entre 0 à 2 fois par an. Ils étaient seulement 19 % (38) à avoir consulté un médecin généraliste plus de 6 fois sur l'année 2017.

Figure 3 : Situation matrimoniale

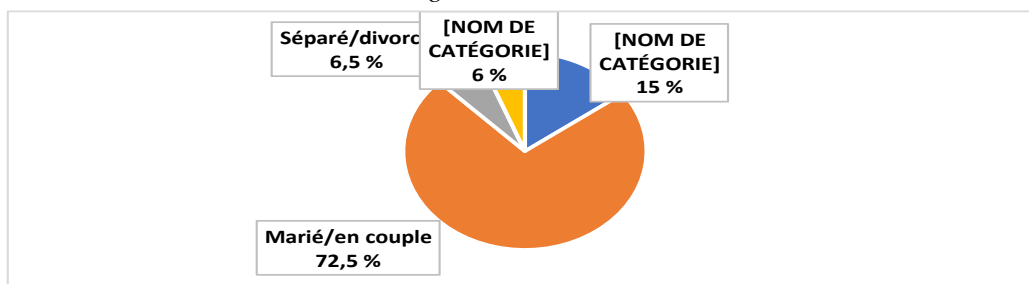


Figure 4 : Niveau d'études

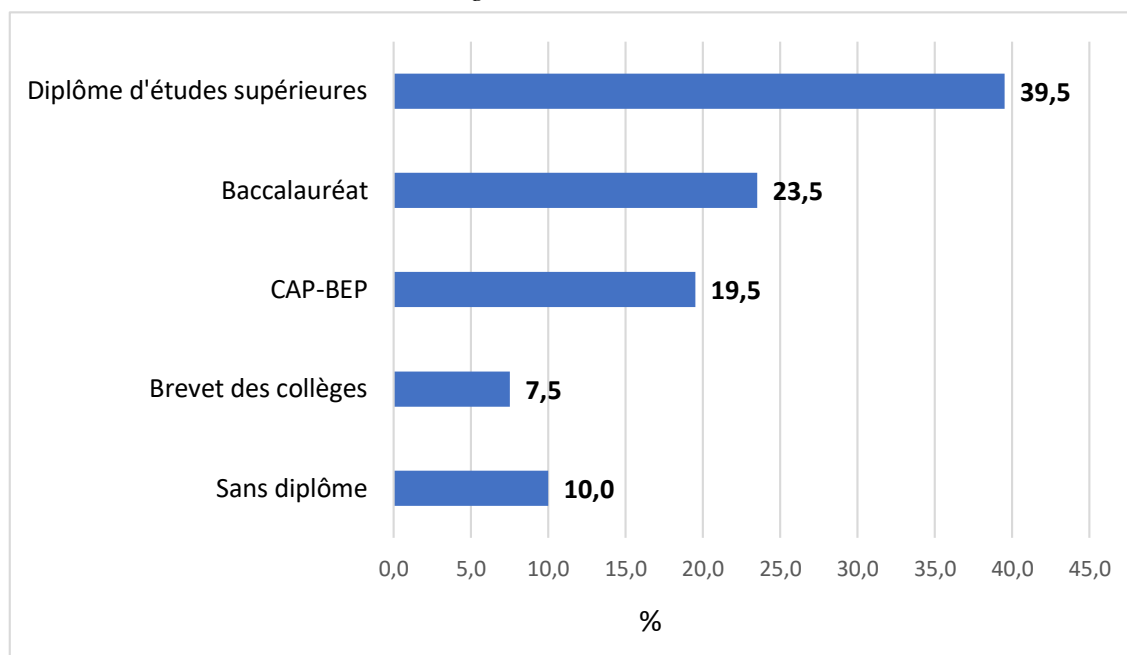
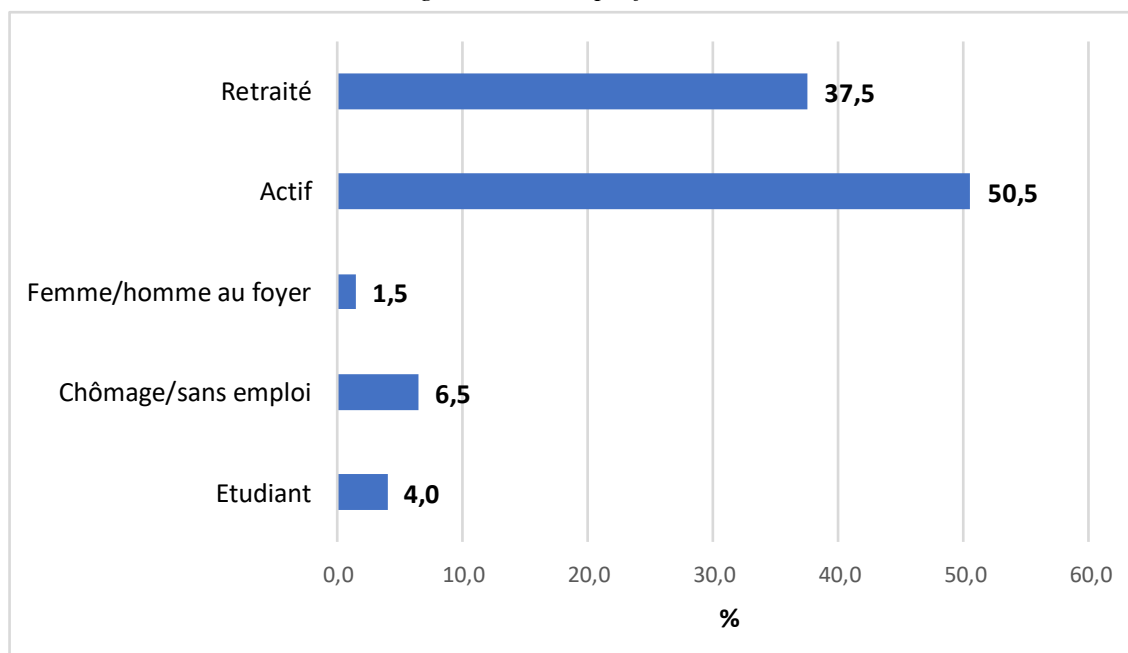


Figure 5 : Statut professionnel



B. Nombre de patients ayant une maladie chronique

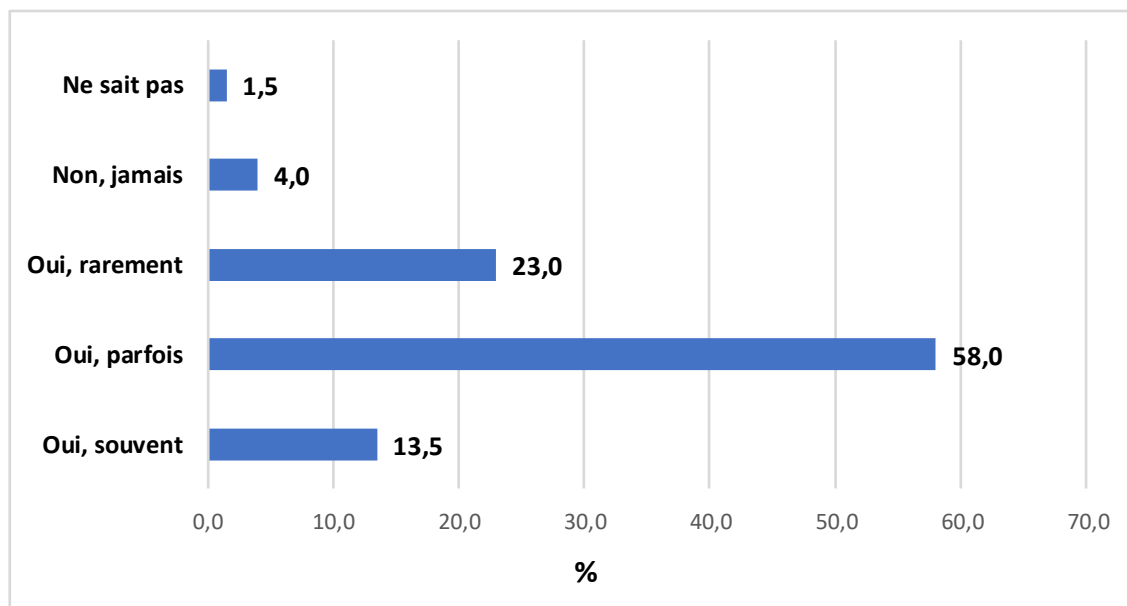
Dans notre étude, 40,5 % (81) des patients avaient déclaré avoir une maladie chronique.

Les principales maladies chroniques recensées étaient l'hypertension artérielle, le diabète, la dyslipidémie, l'asthme et bronchite chronique obstructive, les pathologies cardiovasculaires, les cancers, la dépression, les problèmes thyroïdiens, l'alcoolisme, l'arthrose, la maladie de Crohn, la sclérose en plaque.

C. Les erreurs médicales en France, préoccupation des patients ?

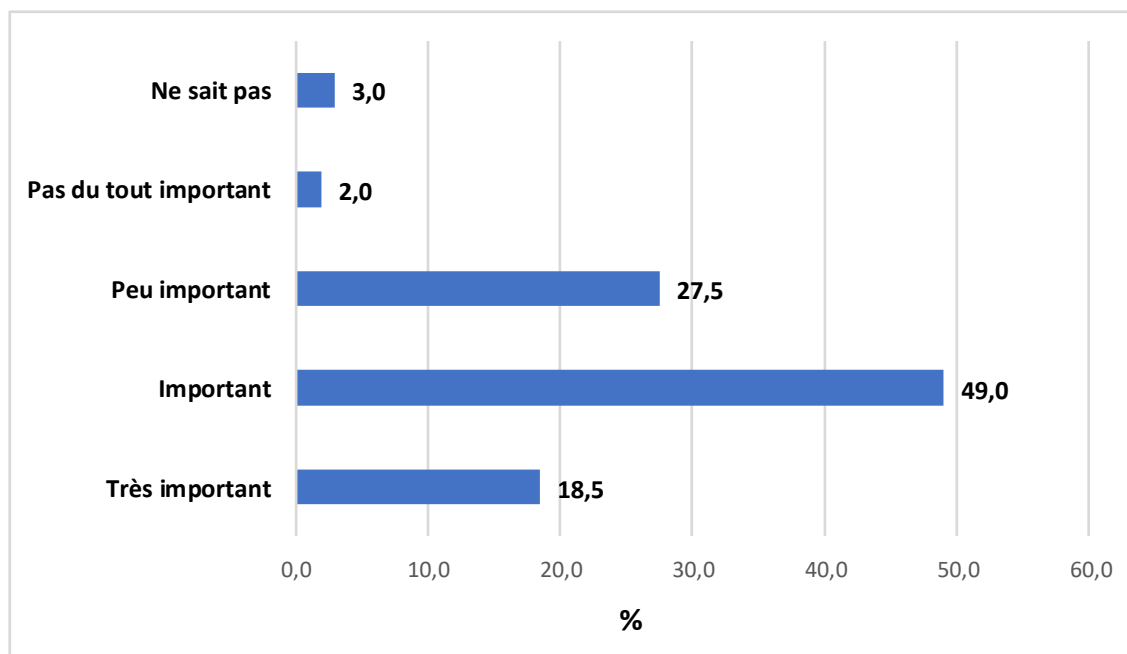
94,5 % (189) des patients avaient déclaré avoir entendu parler ou lu quelque chose au sujet des erreurs médicales en France (figure 6).

Figure 6 : « Avez-vous entendu parler ou lu quelque chose au sujet des erreurs médicales en France ? »



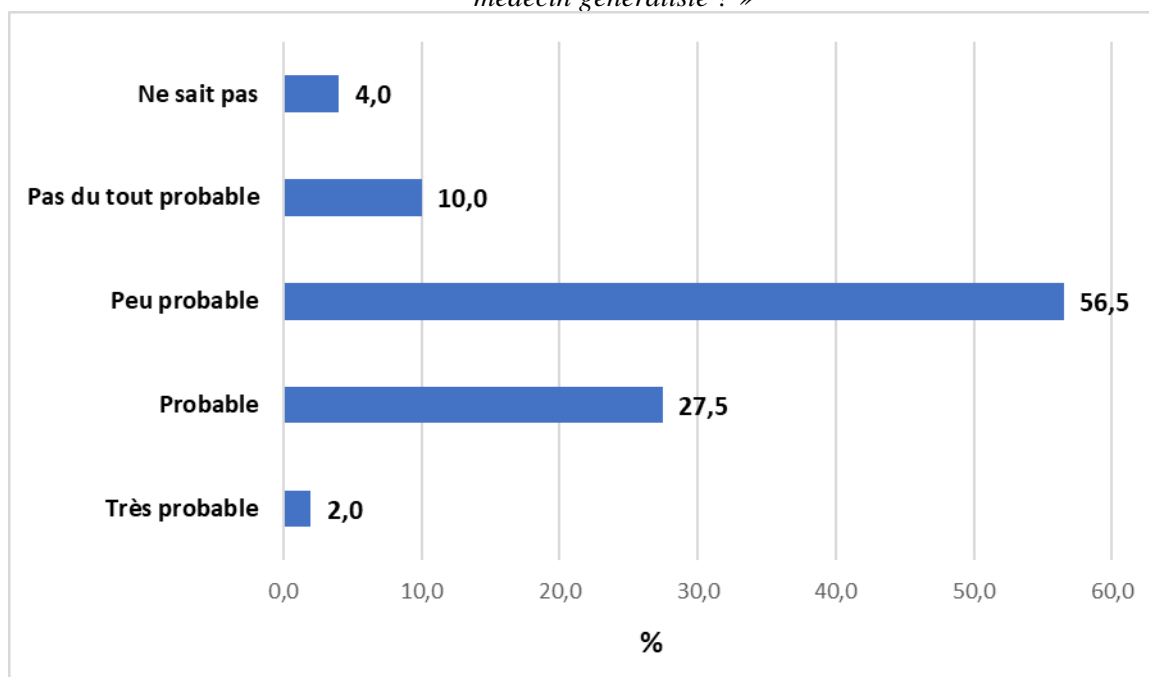
67,5 % (135) des patients pensaient que les erreurs médicales étaient un problème important voir très important en France (figure 7).

Figure 7 : « Dans quelle mesure pensez-vous que les erreurs médicales sont un problème en France ? »



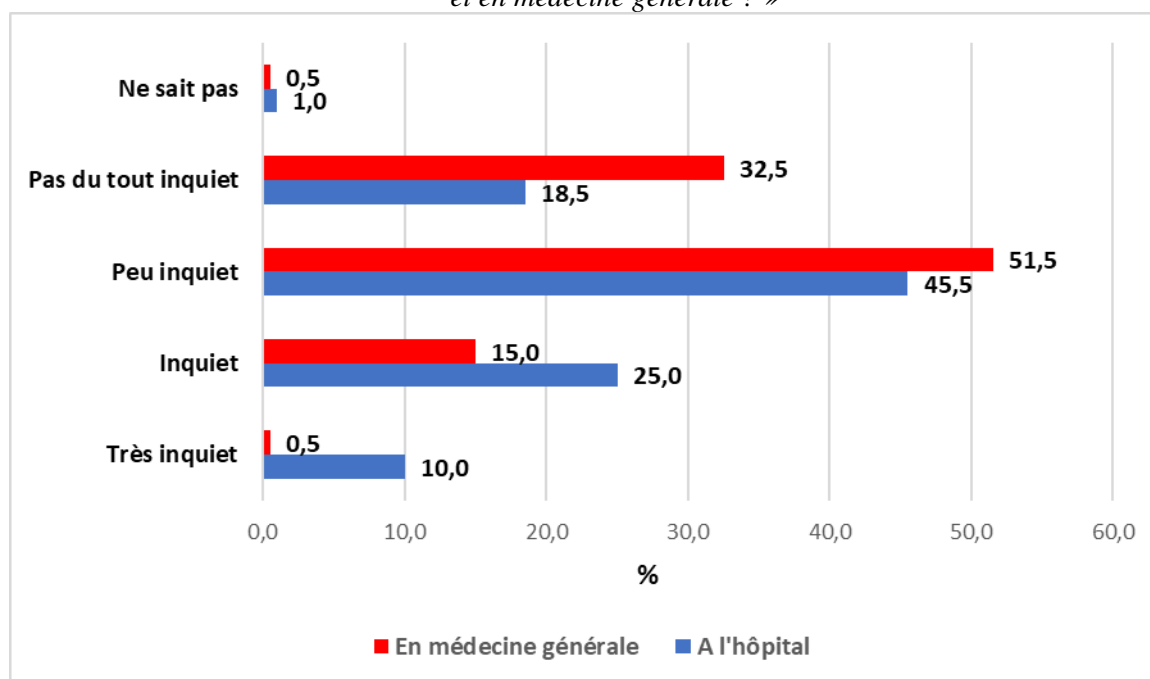
66,5 % (143) des patients pensaient qu'il était peu probable voir pas du tout probable d'être victime d'une erreur médicale du fait du médecin généraliste (figure 8).

Figure 8 : « Quelle est la probabilité qu'un patient soit victime d'une erreur médicale du fait du médecin généraliste ? »



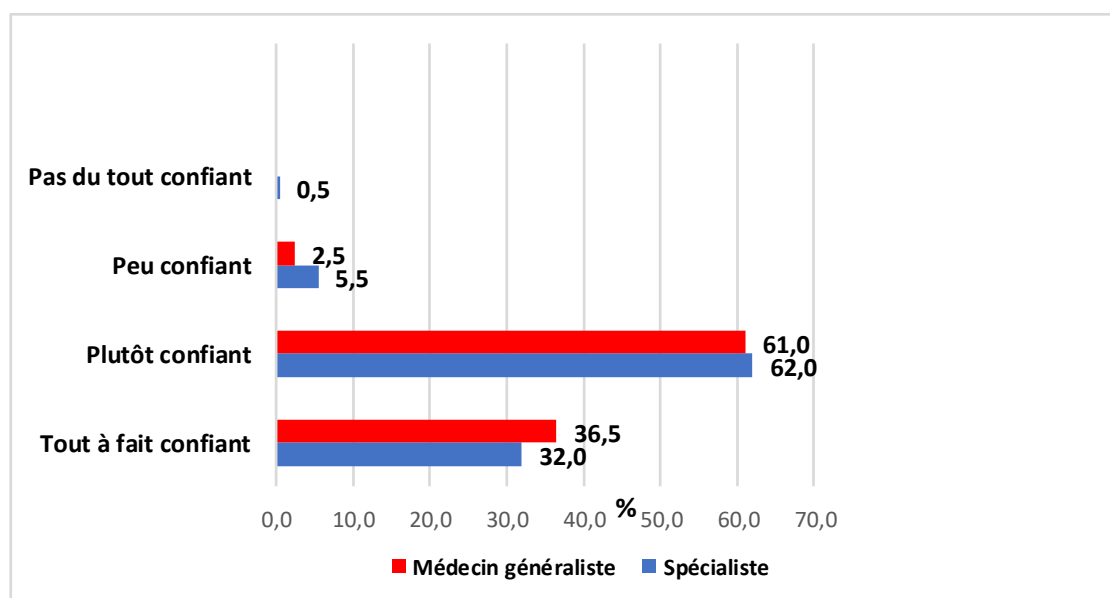
Les patients étaient plus inquiets à l'idée d'être victime d'une erreur médicale à l'hôpital qu'en médecine générale. En effet, 35 % (70) se disaient inquiets voir très inquiets d'être victime d'une erreur médicale à l'hôpital contre seulement 15,5 % (31) en médecine générale (figure 9).

Figure 9 : « Quel est votre degré d'inquiétude à l'idée d'être victime d'une erreur médicale à l'hôpital et en médecine générale ? »



Les patients avaient plutôt confiance en leurs professionnels de santé. En effet, 94 % (188) se disaient confiants voir tout à fait confiants en leur spécialiste et 97,5 % (195) en leur médecin généraliste (figure 10).

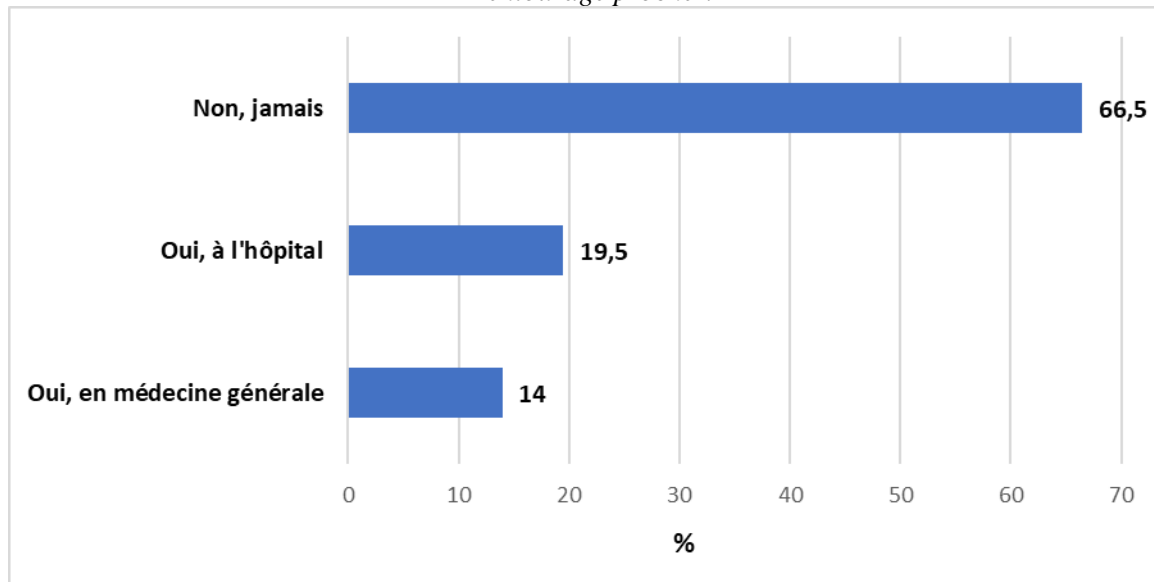
Figure 10 : « Pour chacun des professionnels de santé suivants, quel est votre niveau de confiance ? »



D. Patients victimes d'erreur médicale

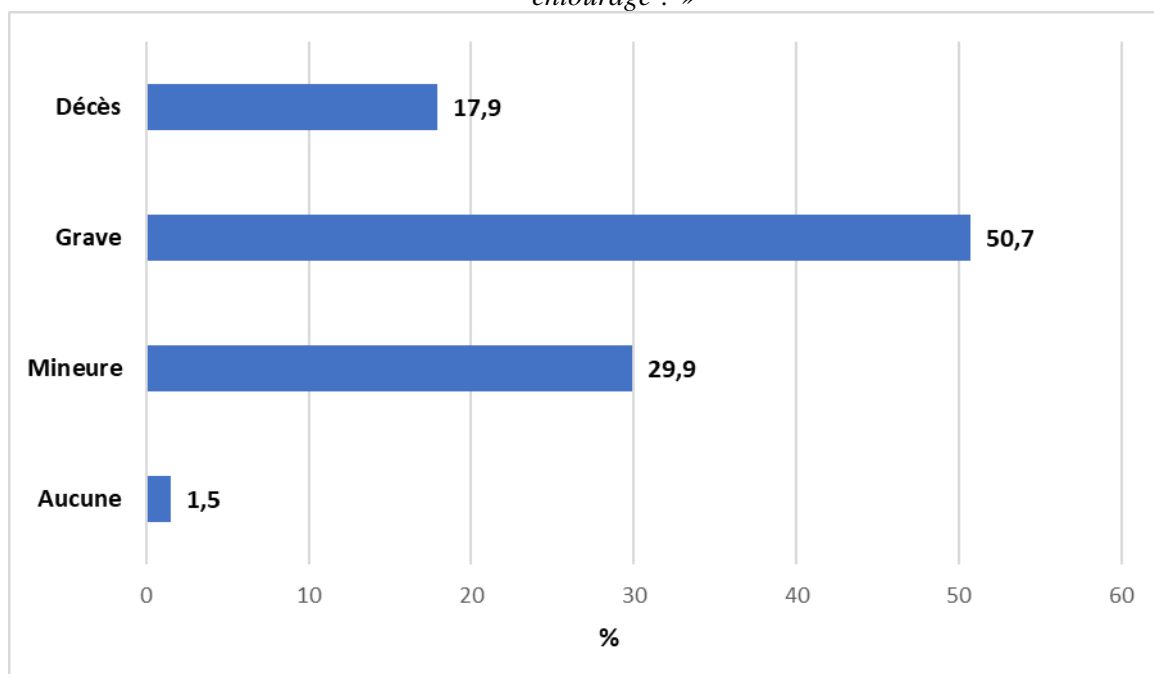
Dans notre étude, 33,5 % (67) des patients avaient déclaré avoir une expérience d'erreur médicale sur eux ou sur un membre de leur entourage proche. Sur ces erreurs, 58 % (39) avaient lieu à l'hôpital (figure 11).

Figure 11 : « Avez-vous eu une expérience d'erreur médicale sur vous ou un membre de votre entourage proche ? »



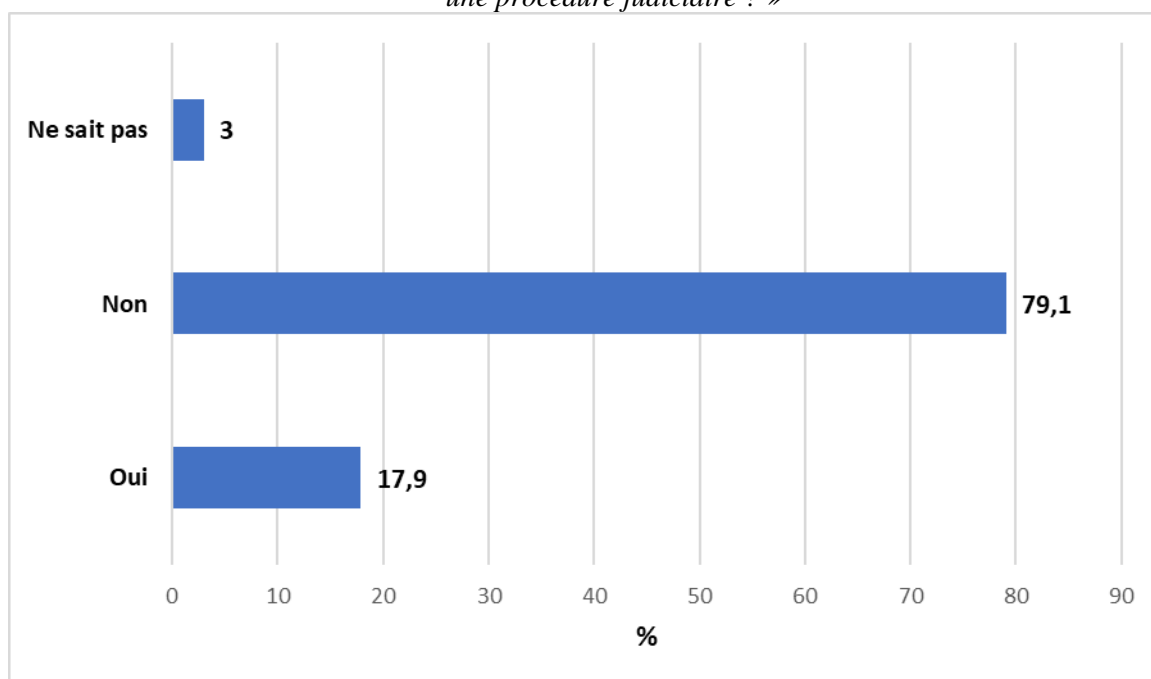
68,6 % (46) des patients ayant eu une expérience d'erreur médicale avaient déclaré que cette erreur avait eu des conséquences graves voire le décès (figure 12).

Figure 12 : « Quelles ont été les conséquences de cette erreur sur votre santé ou celle de votre entourage ? »



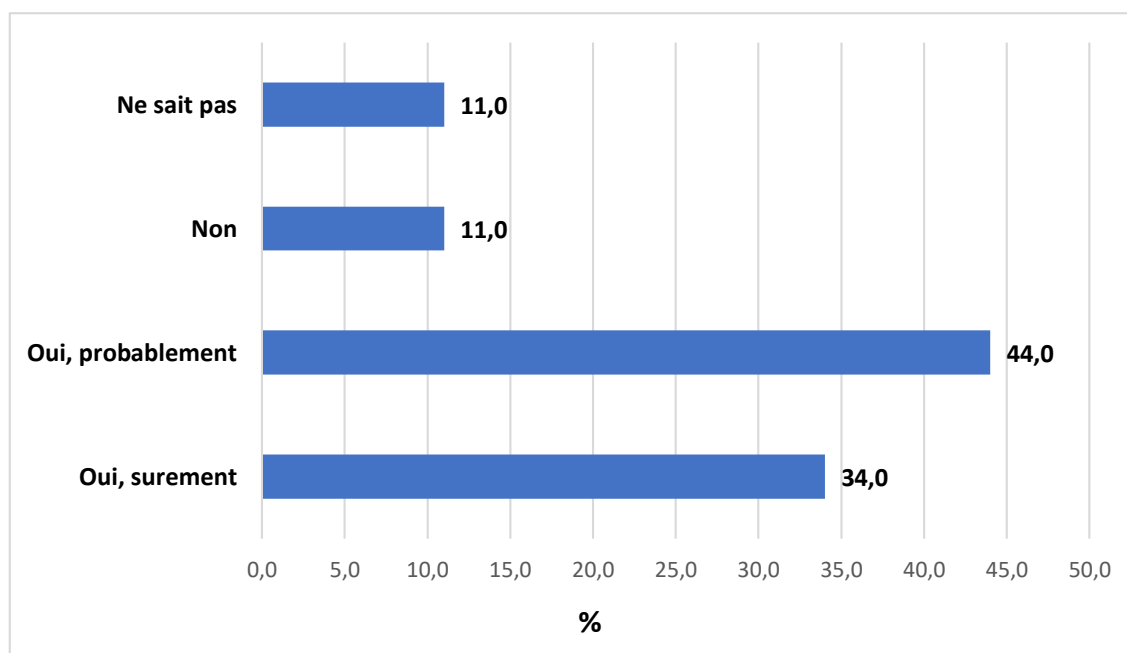
17,9 % (12) de l'ensemble des patients ayant eu une expérience d'erreur médicale avaient entamé une procédure judiciaire (figure 13).

Figure 13 : « A la suite de cette erreur, vous ou un membre de votre entourage proche a-t-il entamé une procédure judiciaire ? »



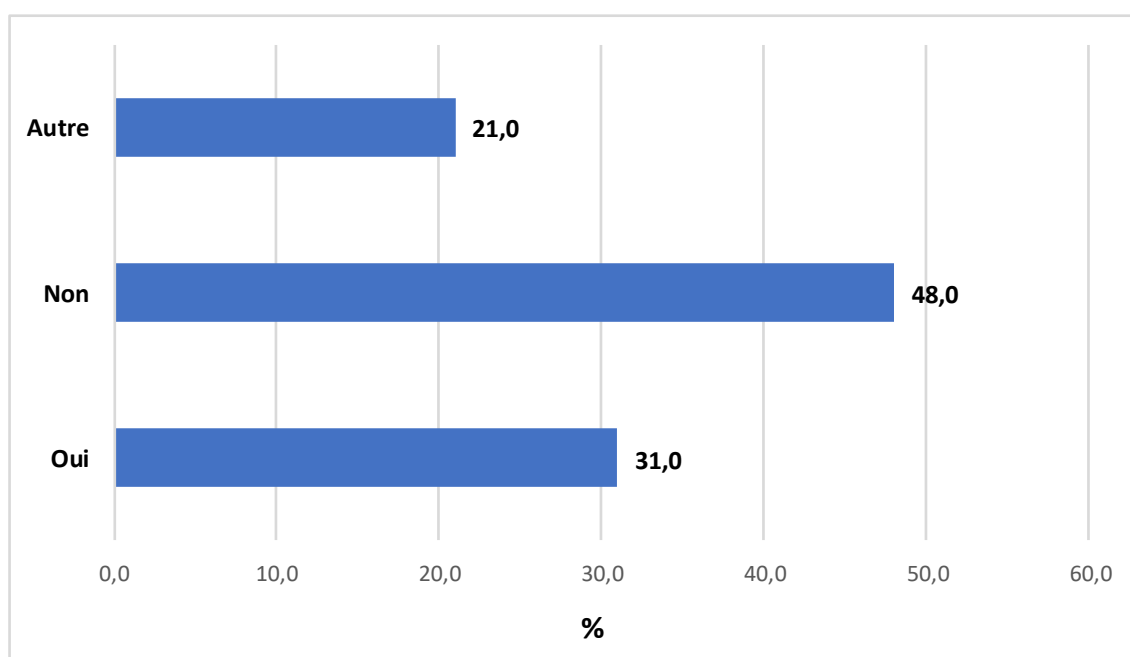
78 % (156) des patients pensaient que leur médecin généraliste leur révélerait une erreur médicale si elle avait lieu (figure 14).

Figure 14 : « Pensez-vous que votre médecin généraliste vous révélerait une erreur médicale si elle avait lieu ? »



31 % (62) des patients changeraient de médecin généraliste s'ils étaient victimes d'une erreur médicale. 21 % (42) des patients avaient une position moins tranchée et changeraient de médecin en fonction de la gravité de l'erreur médicale et de l'attitude du médecin (figure 15).

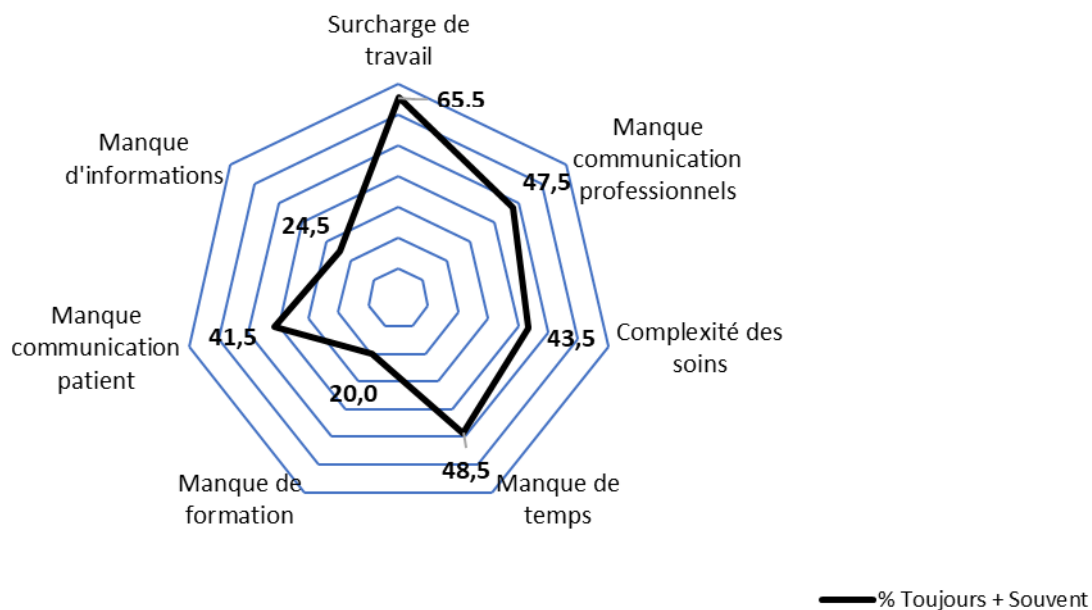
Figure 15 : « Cette erreur vous ferait-elle changer de médecin généraliste ? »



E. Rôle dans la survenue d'une erreur médicale en médecine générale

Nous avons énuméré aux patients une liste de facteurs ayant un potentiel rôle dans la survenue d'erreur médicale en médecine générale (annexe 1). 65,5 % (131) des patients pensaient que la surcharge de travail était le facteur le plus en cause. Il y avait aussi le manque de communication entre les différents professionnels de santé (47,5 % soit 95 patients) et le manque de temps avec le patient (48,5 % soit 97 patients) qui pouvaient favoriser la survenue d'une erreur médicale. 43,5 % (87) pensaient que la complexité des soins médicaux était aussi en cause comme le manque de communication avec le patient (41,5 % soit 83 patients). Seuls 20 % (40) pensaient que le manque de formation des médecins était en cause (figure 16)

Figure 16 : « Parmi les propositions suivantes, pensez-vous qu'elles ont un rôle dans la survenue d'erreur médicale en médecine générale ? »



*% sur le total y compris le « ne sait pas »

F. Mesures à prendre pour prévenir les erreurs médicales

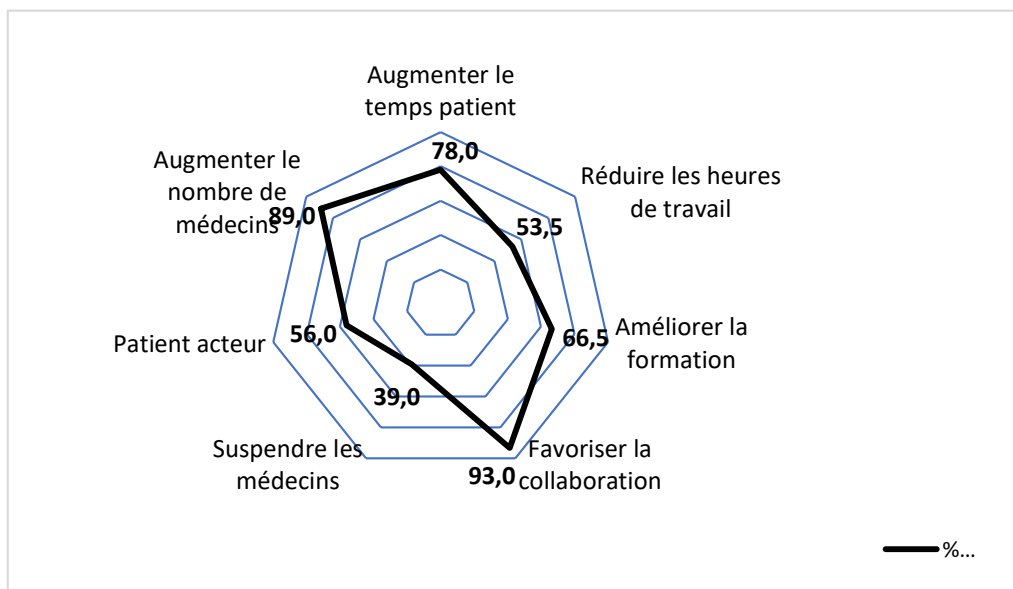
Nous avons énuméré aux patients une liste de mesures à prendre pour prévenir les erreurs médicales en médecine générale (annexe 1).

Les mesures qui semblaient ressortir aux yeux des patients étaient : favoriser la collaboration entre les différents professionnels de santé (93 % soit 186 patients), augmenter le nombre de médecins (89 % soit 178 patients) et augmenter le temps à consacrer aux patients (78 % soit 156 patients). Les patients semblaient mitigés quant au fait d'être impliqués dans la détection des erreurs médicales (56 % soit 112 patients).

39 % (78) des patients pensaient qu'il fallait suspendre les médecins qui commettaient des erreurs médicales.

Certains patients avaient évoqué en texte libre l'intérêt d'un dossier médical partagé ou d'un dossier accessible par le biais de la carte vitale ou d'une application smartphone pour permettre une meilleure communication entre professionnels de santé. Deux patients avaient évoqué le fait de rendre le patient acteur de sa santé en l'associant à sa maladie (figure 17).

Figure 17 : « Quelles mesures faut-il prendre pour prévenir les erreurs médicales en médecine générale ? »

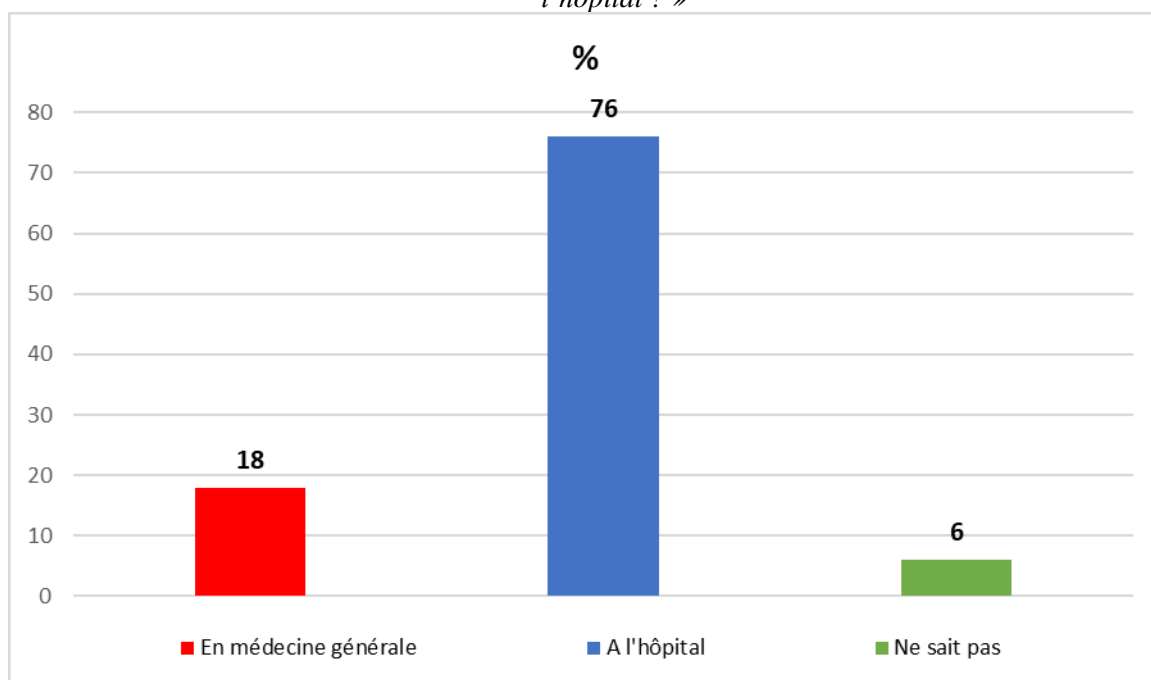


G. Risque d'erreur médicale : médecine générale et hôpital

76 % (152) des patients estimaient que le risque d'erreur médicale était plus élevé à l'hôpital qu'en médecine générale. Les arguments qu'ils émettaient pour justifier cela étaient : le manque de personnel et son stress, la saturation des urgences, le manque d'accessibilité au dossier médical du patient, la complexité des cas mais aussi la multiplication des intervenants pouvant engendrer une perte d'information.

18 % (36) des personnes interrogées pensaient, au contraire, que le risque d'erreur médicale était plus élevé en médecine générale du fait de l'isolement professionnel avec une difficulté d'accès aux examens complémentaires et aux spécialistes, du peu de consensus en médecine générale et de la connaissance plus étendue mais moins approfondie du médecin généraliste sur les différentes pathologies. Trois patients avaient évoqué le fait que le médecin généraliste connaissait trop bien son patient, s'habituaient, devenant moins attentif à certaines plaintes (figure 18).

Figure 18 : « Selon vous, le risque d'erreur médicale est-il plus élevé : en médecine générale ou à l'hôpital ? »



H. Définition de l'erreur médicale

Nous avons demandé aux patients leur définition de l'erreur médicale. La définition qui était revenue le plus souvent était : « il s'agit d'un mauvais diagnostic et donc d'un mauvais traitement » ; certains avaient ajouté qu'il s'agissait « d'une mauvaise prise en charge risquant la vie du patient », « d'une maladie non détectée de manière non intentionnelle ». Sept patients avaient parlé de « négligence de la part du médecin entraînant un risque pour la santé du patient ». Un patient avait dit qu'il s'agissait « d'une faute du médecin ».

I. Comparaison

Nous avons établi deux groupes à partir des réponses des questions 4 à 8, comme expliqué dans la partie méthodologie de notre étude, à l'aide d'outils statistiques, concernant l'inquiétude des patients vis-à-vis d'une erreur médicale chez le médecin généraliste ou à l'hôpital. Nous avons ainsi obtenu le groupe des « inquiets » (n=72) qui considèrent que les erreurs médicales sont un problème très important en France et qu'il est probable d'être victime d'une erreur médicale du fait du médecin généraliste et le groupe des « confiants » (n=128) dans le cas contraire. On considère ainsi qu'il y a 36 % de patients « inquiets ».

Le détail des réponses est présenté en annexe 2.

Le tableau I montre les résultats précédents en regroupant les deux premières réponses de chaque question (oui souvent/oui parfois ; très important/important ; très probable/probable ; très inquiet/inquiet ; tout à fait confiant/plutôt confiant ; toujours/souvent) versus les 3 et 4^{ème} réponses (oui rarement/non jamais ; peu important/pas du tout important ; peu probable/pas du tout probable ; peu inquiet/pas du tout inquiet ; peu confiant/pas du tout confiant ; parfois/jamais) et en enlevant les réponses « ne sait pas », à l'exception des questions 20 à 23. Ce regroupement de réponses a permis des comparaisons en analyse univariée.

Ce tableau I montre que les patients « inquiets » sont plus jeunes ($p=0,03$), plutôt des femmes mais de manière non significative ($p=0,08$), plutôt non atteints d'une maladie chronique mais de manière non significative ($p=0,12$), plus fréquemment confrontés à une erreur médicale sur eux ou leur entourage ($p=0,0032$) et plus inquiets d'être victimes d'une erreur médicale à l'hôpital qu'en médecine générale.

Il n'y a aucune différence concernant le niveau d'études et le statut professionnel entre nos deux groupes et les patients « inquiets » ne semblent pas consulter davantage leur médecin généraliste.

De la question 4 à la question 8, les différences sont significatives car elles ont participé à l'élaboration des deux groupes et ne sont donc pas présentées dans ce tableau.

Les patients « inquiets » pensent que le manque de communication entre professionnels de santé ($p=0,02$) et le manque de formation des médecins ($p<0,001$) jouent un rôle dans la survenue des erreurs médicales. Le manque d'information dans le dossier médical joue aussi un rôle mais de manière non significative ($p=0,07$).

Tableau I : Comparaison des patients « inquiets » et « confiants » vis-à-vis des erreurs médicales

	Inquiets n=72*	Confiants n=128*	Odds Ratio (IC 95%)	p
Age (années)	48,9 ± 17,4	54,5 ± 17,6	--	0,03
Sexe féminin (%)	69,4 (n=50)	57,0 (73)	1,71 (0,89-3,33)	0,08
Maladie chronique (%)	33,3 (24)	44,5 (57)	0,62 (0,32-1,18)	0,12
Expérience d'une erreur (%)				
Oui, en médecine générale (MG)	13,9 (10)	14,1 (18)		0,0032
Oui, à l'hôpital	31,9 (23)	12,5 (16)		
Non	54,2 (39)	73,4 (94)		
Surcharge de travail (%)	70,1 (47)	69,4 (84)	1,04 (0,54-1,96)	0,92
Manque de communication entre professionnels (%)	60,9 (42)	43,8 (53)	2,00 (1,09-3,64)	0,02
Complexité des soins (%)	49,2 (31)	48,3 (56)	1,04 (0,56-1,92)	0,90
Manque de temps avec le patient (%)	57,8 (37)	49,2 (60)	1,42 (0,77-2,61)	0,26
Manque de formation (%)	38,2 (21)	18,3 (19)	2,76 (1,32-5,77)	<0,0001
Manque de communication avec le patient (%)	51,6 (33)	42,7 (50)	1,43 (0,77-2,63)	0,25
Manque d'informations dans dossier médical (%)	37,7 (23)	24,5 (26)	1,86 (0,94-3,68)	0,07
Nombre de consultation chez MG (%) 0 à 2 fois	37,5 (27)	32,8 (42)	1,23 (0,67-2,25)	0,50
Marié(e)/en couple (%)	63,9 (46)	77,3 (99)	0,52 (0,27-0,98)	0,04
Niveau d'études (%)	38,9 (28)	35,9 (46)	1,13 (0,63-2,06)	0,67
Inférieur au baccalauréat				
Actif (%)	51,4 (37)	50,0 (64)	1,06 (0,59-1,88)	0,85
Retraité (%)	30,6 (22)	41,4 (53)	0,62 (0,34-1,15)	0,13

*les réponses « ne sait pas » ont été ôtées pour chaque question.

Par ailleurs, les patients ont proposé des actions pour prévenir les erreurs médicales. Le tableau II (réponse oui/non en retirant les réponses « ne sait pas ») montre que les propositions ne diffèrent pas dans l'ensemble entre les patients « inquiets » et les autres. Cependant, on peut remarquer que réduire le temps de travail des médecins a moins la faveur des « inquiets » (63,9 % versus 70,8 % ; Non Significatif). Le seul critère significatif est la suspension des médecins qui commettent des erreurs proposée par le groupe des « inquiets » (76,1 % versus 53,1 % ; $p=0,01$).

Tableau II : Proposition des patients pour prévenir les erreurs médicales en médecine générale

	Inquiets n = 72*	Confiants n = 128*	Odds Ratio (IC 95%)	p
Augmenter le temps avec le patient (%)	n = 66	n = 13		
Oui	87,9 (58)	86,7 (98)	1,11	0,82
Non	12,1 (8)	13,3 (15)	(0,44 - 2,78)	
Réduire le temps de travail des médecins (%)	n = 61	n = 96		
Oui	63,9 (39)	70,8 (68)	0,73	0,37
Non	36,1 (22)	29,2 (28)	(0,37-1,45)	
Améliorer la formation (%)	n = 63	n = 95		
Oui	88,9 (56)	81,1 (77)	1,87	0,19
Non	11,1 (7)	18,9 (18)	(0,73-4,78)	
Favoriser la collaboration entre professionnels (%)	n = 67	n = 126		
Oui	95,5 (64)	96,8 (122)	0,70	0,64
Non	4,5 (3)	3,2 (4)	(0,15-3,22)	
Suspendre les médecins (%)	n = 46	n = 81		
Oui	76,1 (35)	53,1 (43)	2,81	0,01
Non	23,9 (11)	46,9 (38)	(1,26-6,29)	
Implication des patients (%)	n = 54	n = 89		
Oui	81,5 (44)	76,4 (68)	1,36	0,47
Non	18,5 (10)	23,6 (21)	(0,58-3,16)	
Augmenter le nombre de médecins (%)	n = 66	n = 117		
Oui	98,5 (65)	96,6 (113)	2,30	0,45
Non	1,5 (1)	3,4 (4)	(0,25-21,03)	

*les réponses « ne sait pas » ont été ôtées pour chaque question donc l'effectif est variable

En analyse multivariée, les causes invoquées par les patients pour expliquer les erreurs médicales ont été ajustées sur l'âge des patients, le sexe, le fait d'être marié ou non et le fait d'être actif ou retraité. Sans les réponses « ne sait pas », on ne retrouve aucun critère significatif qui distingue les patients « inquiets » des patients « confiants ». A la limite de la significativité ($p=0,08$), les patients « inquiets » ont 2,18 fois plus (0,89-5,37) évoqué le manque de formation que les patients confiants.

A contrario, en ce qui concerne les mesures à prendre pour prévenir les erreurs médicales, les patients « inquiets » répondent 2,42 fois plus (1,22-4,81; $p=0,012$) qu'il faut suspendre les médecins en cas d'erreur médicale.

Ces différences disparaissent lorsqu'on tient compte des réponses « ne sait pas ».

V. Discussion

A. La confiance des Français à l'égard du système de santé

Depuis la publication du rapport « To Err is Human » par l'Institut de Médecine des Etats-Unis [8], le nombre de publications sur la sécurité des soins n'a cessé de croître. Le sujet le plus fréquent des publications sur la sécurité des patients avant ce rapport était la faute professionnelle et depuis sa publication, c'est la culture organisationnelle qui est en avant [43].

Notre étude est l'une des seules études réalisées en France sur la perception par le patient des erreurs médicales en médecine générale. Elle montre que 67,5 % des répondants pensent que les erreurs médicales sont un problème important voir très important en France ; ce résultat est discordant avec l'étude de Blendon et al. [44], réalisée aux Etats-Unis, où les patients n'ont pas qualifié les erreurs médicales comme un problème important de santé, considérant le coût de la santé plus important. Cela s'explique par le fait que le système de remboursement des soins aux Etats-Unis est bien différent du nôtre. Cependant, nos résultats se rapprochent de ceux de l'étude Européenne de 2006 [11], où 78 % des citoyens européens classaient les erreurs médicales parmi les problèmes importants de leur pays.

La majorité de nos répondants (66,5 %) pensent qu'il est peu probable voir pas du tout probable d'être victime d'une erreur médicale du fait du médecin généraliste, ce qui est similaire au résultat obtenu lors de l'étude Européenne [11] et 78 % pensent que leur médecin généraliste leur révélerait une erreur médicale si elle avait lieu.

De manière générale, les patients de notre étude ont plutôt confiance en leurs professionnels de santé avec une petite « préférence » pour leur médecin généraliste. En effet, 94 % des patients se disaient confiants voir tout à fait confiants en leur spécialiste et 97,5 % en leur médecin généraliste.

Ces résultats sont concordants avec l'enquête de satisfaction des Français à l'égard de leur système de santé, réalisée par la société de sondage Deloitte en 2019 [45], qui montre que 81 % se déclarent satisfaits de la qualité des soins, 80 % de la sécurité des soins et 75 % de la pédagogie du personnel soignant. Le médecin traitant semble avoir une place privilégiée auprès des Français ; 86 % des sondés seraient prêts à rendre accessible leurs données de santé personnelles au médecin traitant en premier puis au médecin spécialisé et enfin à l'hôpital. De plus, le médecin traitant est considéré par 66 % des interviewés comme étant l'acteur le plus légitime en matière de prévention ou d'éducation à la santé.

De plus, les patients semblent vouloir être informés immédiatement de toute erreur médicale, même minime ; cela est mis en avant dans de nombreuses études [10] [46] [47].

Dans notre étude, 31% des patients changeraient de médecin généraliste s'ils étaient victimes d'une erreur médicale. Ce résultat paraît très important et est probablement surestimé en lien avec la définition de l'erreur médicale du point de vue des patients. Nos répondants considèrent sûrement que l'erreur médicale a eu des conséquences graves et c'est pour cela qu'ils souhaiteraient changer de médecin généraliste. 21% des patients ont nuancé leur réponse en expliquant que cela dépendrait de la gravité de l'erreur médicale et de l'attitude du médecin. En effet, un médecin qui s'excuse et reconnaît son erreur inciterait à ne pas en changer. Cette variabilité en fonction de la gravité de l'erreur est retrouvée dans l'étude de Witman et al. [10].

B. Définition d'une erreur médicale du point de vue des patients

Les différents types d'erreur médicale relatée par nos patients sont similaires à ceux retrouvés dans la littérature internationale où les patients mettent les erreurs de diagnostic et de traitement au premier plan [48] [49] [50].

De plus, la notion d'erreur en médecine peut être perçue différemment entre les professionnels de santé et les patients comme relatée dans l'étude de Kistler et al. [49]. En effet, les patients peuvent percevoir des erreurs alors qu'il s'agit simplement d'effets secondaires d'un traitement ou de l'évolution naturelle d'une maladie. Ces différences de points de vue doivent être prises en compte et complexifient l'analyse des données à ce sujet.

C. Les Français victimes d'erreurs médicales

Dans notre étude, un tiers des patients ont déclaré avoir eu une expérience d'erreur médicale sur eux ou sur un membre de leur entourage proche et dans la majorité des cas, cette erreur avait eu des conséquences graves voir un décès. Ce taux est similaire à l'étude de Vanderheyen et al. [51] où 37,3 % des répondants ont déclaré avoir été victime d'une erreur médicale évitable sur eux ou un membre de leur famille. Les erreurs rapportées avaient surtout lieu à l'hôpital. Il s'agissait d'erreurs médicales graves mais au final peu de patients ont entamé une procédure judiciaire.

Lors de l'étude ESPRIT, il ressort un événement indésirable tous les deux jours par médecin généraliste dont la moitié est considérée comme évitable [30]. Cela n'est donc pas si rare.

Dans notre étude, nous n'avons pas d'information sur l'erreur médicale relatée par les patients avec bien évidemment la perception de cette erreur qui peut différer d'un patient à un autre [49]. Nous n'avons pas insisté sur le caractère évitable ou non de l'erreur. Nos réponses ne sont donc pas précises.

Les patients semblent plus inquiets à l'idée d'être victimes d'une erreur médicale à l'hôpital qu'en médecine générale [52]. Cependant, certains de nos patients ont pointé du doigt l'isolement du médecin généraliste qui a parfois des difficultés à avoir accès à des examens complémentaires ou avis spécialisés et la diversité des pathologies connues de manière parfois superficielle. Cette spécificité de la médecine générale est mise en avant dans l'étude de Woods et al. [52]. Trois patients ont abordé le fait que le médecin généraliste connaît « trop bien » son patient, s'habitue et devient moins attentif à certaines plaintes.

Ce facteur a été décrit lors de l'étude EVISA [29] où « le défaut de vigilance lié à l'état de santé est souvent expliqué par les médecins par le fait que, connaissant le patient depuis longtemps, ils ne le voient pas vieillir ou ils ne remarquent pas l'évolution de la maladie. Un regard neuf, parfois spécialisé, est alors vu comme utile. »

Cela permet de s'apercevoir que les erreurs médicales existent notamment en médecine générale, qui est une spécialité où l'incertitude prédomine et peut être génératrice d'erreur médicale [1]. Prendre en considération l'erreur médicale et ses conséquences constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique afin d'améliorer la qualité des soins.

D. Causes des erreurs médicales et mesures préventives

Dans notre étude, 65,5 % des patients pensent que la surcharge de travail est le facteur le plus en cause dans la survenue d'une erreur médicale. Le manque de communication entre les différents professionnels de santé et le manque de temps avec le patient semblent aussi être mis en avant par les patients. Cela est concordant avec les résultats de plusieurs études [44] [51].

Lors de l'étude ESPRIT [30], les problèmes d'organisation du cabinet étaient le premier facteur en cause suivis par les problèmes de communication entre professionnels de santé puis le manque de connaissance du médecin. L'origine d'un événement indésirable évitable est le plus souvent multifactorielle [53].

Pour prévenir les erreurs médicales en médecine générale, les patients mettent en avant la collaboration entre les différents professionnels de santé, l'augmentation du nombre de médecins et du temps à consacrer aux patients. Ces résultats sont en accord avec ceux de l'étude de Blendon et al. [44].

39 % de nos patients pensent qu'il faut suspendre les médecins qui commettent des erreurs médicales. Ce résultat diffère légèrement de l'étude de Blendon et al. [44], où 50 % des répondants considèrent la suspension des médecins concernés comme un moyen très efficace de réduire les erreurs médicales.

Une autre mesure qui a été citée par plusieurs de nos patients est l'intérêt d'un dossier médical partagé accessible facilement par le biais de la carte vitale ou application smartphone pour permettre une meilleure communication entre professionnels de santé. Nous y reviendrons par la suite.

E. Profil des patients « inquiets »

Cette étude montre que 36 % des répondants s'estiment « inquiets » vis-à-vis des erreurs médicales. Cette inquiétude est relativement importante à l'occasion des soins hospitaliers.

Il s'agit plutôt de femmes, plus jeune que les patients « confiants », n'ayant pas de maladie chronique et plus fréquemment confrontées à une erreur médicale sur elles ou un membre de leur entourage. Le niveau d'études ainsi que le statut professionnel ne semblent pas avoir d'impact. Cependant, les « inquiets » ne semblent pas consultés davantage leur médecin généraliste comme on pourrait le penser.

Selon les patients « inquiets », la prévention des erreurs médicales repose sur l'amélioration de la communication entre les différents professionnels de santé, l'amélioration de la formation des médecins et dans une moindre mesure, la qualité du dossier médical.

Ils sont davantage favorables à la suspension des médecins qui commettent des erreurs médicales.

Ces résultats sont discordants avec ceux de l'étude Européenne [11] sur certains points. En effet, dans cette étude, les patients de sexe féminin, les personnes âgées, les personnes avec un faible niveau d'études et les chômeurs semblent plus inquiets à l'idée d'être victimes d'une erreur médicale.

Comme dans notre étude, les personnes ayant été victime d'une erreur dans le système de santé sont plus susceptibles de qualifier le problème d'important et de s'inquiéter d'être victime d'une erreur médicale.

F. Les limites de notre étude

Notre travail comporte plusieurs limites. D'abord, il existe un biais de sélection car nous avons réalisé cette étude dans seulement deux cabinets médicaux du département, en zone urbaine, ce qui ne reflète pas l'ensemble de la population. Les médecins proposaient de répondre aux questionnaires et les patients y répondant étaient volontaires. Il s'agissait dans 63 % des réponses de personnes ayant au moins le baccalauréat.

Il existe aussi un biais de mesure car nous avons un faible effectif pour une étude quantitative. De plus, nous avons fait le choix de ne pas définir le terme « erreur médicale », cela a peut-être eu une influence sur le nombre de patients se disant avoir été victime d'une erreur médicale car les patients n'ont pas forcément la même définition que nous.

Par ailleurs, pour définir le groupe des « inquiets », nous avons utilisé les réponses des questions 4 à 8 en considérant que les « inquiets » avaient souvent entendu parler des erreurs médicales et qu'ils pensaient que les erreurs médicales étaient un problème très important en France. Or, nous avons fait cela par croyance personnelle, nos résultats ne sont que consultatifs et nous ne pouvons pas en tirer de réelle conclusion.

Nous ne pouvons bien évidemment pas extrapoler nos résultats à la population générale.

G. Patient, acteur de sa santé

Dans notre étude, les patients semblent mitigés quant au fait d'être impliqués dans la détection des erreurs médicales (56 %). Ce résultat est concordant avec l'étude Européenne [11] où 51 % pensent qu'il n'est pas probable qu'un patient hospitalisé puisse avoir une quelconque influence pour éviter une erreur médicale.

Cependant, il a été montré dans diverses études [30] [48] que les patients sont des ressources précieuses pour détecter et prévenir d'éventuelles erreurs médicales. De plus, dans une étude américaine [54], 86 % des répondants ont exprimé leur souhait de déterminer le choix du traitement en collaboration avec leur médecin et d'établir un partenariat thérapeutique.

Lors de l'étude EVISA [29], 23% des EIG étaient directement générés par les patients ou leur entourage.

On se rend bien compte que la prise en compte du point de vue des patients concernant les erreurs médicales peut conduire à une meilleure compréhension de la sécurité des patients en médecine générale et améliorer leur détection [50].

Historiquement, la relation médecin-patient était déséquilibrée avec un modèle « paternaliste » où le médecin avait le savoir « tout puissant » et le patient restait passif concernant sa propre santé. Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [31], nous sommes passés à un modèle délibératif où le patient devient acteur de sa santé. On parle de décision médicale partagée [34]. Les professionnels de santé doivent participer à la création de ce partenariat thérapeutique.

En 2004, l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients de l'OMS [55] souligne activement le rôle que les patients et leurs familles pourraient jouer dans l'amélioration des soins de santé. L'un des principaux obstacles à la participation du patient semble être la faible connaissance de la santé et le manque de connaissances sur le sujet. La formation des patients, notamment lors de pathologies chroniques, semble conduire à une implication accrue des patients et à améliorer le contrôle de leur maladie. Il est raisonnable de penser que cela pourrait également aider à prévenir les erreurs médicales [56].

C'est dans ce contexte qu'ont été créées des Universités pour patients atteints de maladie chronique. On s'est rendu compte que les patients ayant une maladie chronique avaient de nombreuses choses à apprendre aux soignants, comme cela avait été le cas lors de la découverte du VIH. La première Université pour patients en France a ouvert en 2009 à l'université Pierre et Marie Curie à Paris, à l'initiative du Professeur Catherine Tourette-Turgis, enseignante chercheur engagée auprès des personnes atteintes de maladie chronique [57]. Cette université propose des formations courtes de 40 heures, un diplôme universitaire et un master en éducation thérapeutique.

On parle de patients-experts pour les patients atteints d'une maladie chronique et ayant une volonté de s'impliquer auprès d'autres personnes atteintes d'une maladie chronique. Ils ont acquis des connaissances expérientielles et médicales sur leur maladie et acquièrent des compétences dans le domaine de la santé. Ils sont formés à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) et peuvent travailler en partenariat avec les équipes soignantes. Ils n'ont pas un rôle uniquement consultatif mais aussi participatif dans l'élaboration des soins.

Des chercheurs de l'université de Washington ont analysé le contenu des discussions que tiennent les professionnels de santé et les malades sur Internet. Cette étude a montré que les patients-experts, en partageant leur expertise sur leur santé personnelle, offrent une information précieuse qui n'est pas fournie par les sources médicales [58].

A l'Université de médecine de Nantes, il existe un diplôme universitaire sur l'éducation thérapeutique du patient en promotion de la santé où les professionnels du monde associatif peuvent s'inscrire notamment les patients [59]. De plus, certains services, notamment la gastroentérologie, fait appel à des patients-experts dans le cadre des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) et cela semble bénéfique tant pour les malades que pour les professionnels de santé [60]. Il semble important de développer cela dans le futur.

Parmi les autres stratégies, les patients sont maintenant activement invités à contribuer à améliorer la qualité des soins grâce à la participation à l'élaboration de programmes éducatifs destinés aux professionnels et à l'établissement de politiques institutionnelles avec la présence de représentants des usagers à la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

H. DMP : une voie d'avenir pour prévenir les erreurs médicales ?

Dans notre étude, certains patients ont évoqué en texte libre l'intérêt d'un dossier médical partagé ou d'un dossier accessible par le biais de la carte vitale ou d'une application smartphone pour permettre une meilleure communication entre professionnels de santé et ainsi réduire le risque d'erreur médicale.

Cela existe déjà et est appelé le Dossier Médical Partagé (DMP), initialement appelé Dossier Médical Personnel, qui est un projet public lancé en France par le ministère de la Santé par la loi n°2004810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [61].

Il s'agit d'un carnet de santé numérique dont toutes les données médicales sont stockées sur un serveur hautement sécurisé, agréé par le ministère de la Santé. Les patients ont la possibilité de renseigner des informations directement telles que la personne de confiance, leur choix en matière de dons d'organes, leurs directives anticipées, entre autres [62].

Ce DMP a pour but de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins de chaque bénéficiaire de l'assurance maladie. Il a pour but de « soigner mieux à un moindre coût » en évitant par exemple la redondance des examens [62].

Ni la médecine du travail, ni les mutuelles et assurances, ni les banques, ni l'employeur ne peuvent accéder au DMP. Tout accès par un professionnel de santé non autorisé constituerait un délit passible d'une peine d'emprisonnement et d'une amende, le but étant de conserver le secret médical [63].

Cependant, sa mise en place a été retardée par diverses difficultés concernant notamment la confidentialité des données échangées, la charge de travail supplémentaire pour les médecins, la crainte de le voir devenir un outil de contrôle par la caisse de sécurité sociale [64]. De plus, lors de son lancement initial, les personnes qui refusaient d'ouvrir leur DMP pouvaient se voir pénaliser financièrement avec un moindre taux de remboursement des prestations. Cela a été considéré comme discriminatoire et a été retiré par la suite [65].

La ministre de la Santé Madame Agnès Buzyn a mis en avant l'intérêt du DMP dans son plan Ma santé 2022 lors de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé [66].

Lors de sa conférence de presse du 6 novembre 2018 [67], Madame Agnès Buzyn a évoqué le DMP comme un outil allant dans le sens d'une participation active du patient en matière de santé. « Il doit devenir demain une évidence pour tous les Français, comme l'est devenue la carte vitale. »

Une étude américaine [68] publiée en 2015 sur le sujet évoque l'intérêt du dossier médical électronique afin d'améliorer la qualité des soins de santé, de permettre une coordination plus efficace entre professionnels de santé et une évaluation plus rapide des soins. Cependant, cela questionne quant au secret médical notamment la possibilité de divulgation aux parents d'informations de santé que l'adolescent peut souhaiter garder confidentielles (contraception, addiction, orientation sexuelle...). La question à résoudre est le verrouillage efficace de l'accès au dossier médical électronique des membres de famille travaillant souvent sur le même ordinateur ou tablette avec des mots de passe pré-enregistrés.

Une revue de la littérature britannique [69] a évalué les répercussions d'un accès en ligne au dossier médical par le patient en médecine générale. La plupart des études rapporte une plus grande satisfaction des patients et un impact positif sur la sécurité des soins. Certaines études montrent cependant une légère augmentation de la charge de travail pour les médecins, sous forme de mails liés à des explications à donner en complément au patient.

Les Français semblent plutôt favorables à la mise en place généralisée du DMP comme le montre le résultat d'une enquête réalisée par France Assos Santé [70], en octobre 2018, où 85 % des répondants mettent en avant l'intérêt pour ses principales fonctionnalités et 57 % pointent son intérêt en cas d'urgence médicale.

Le DMP est une belle idée sur le papier afin d'améliorer la sécurité des soins et de rendre le patient acteur de sa propre santé. La réussite du DMP dépendra de l'implication de l'ensemble des acteurs du système de soins, y compris les patients. La création d'un nouveau métier d'assistant médical, annoncée lors du plan Ma santé 2022 [71], dont le rôle serait de décharger le médecin généraliste de certaines tâches notamment administratives, pourrait participer à l'élaboration du DMP.

Cependant, il ne faut pas que le rôle du médecin généraliste devienne un rôle purement médical en délaissant le côté empathique du métier qui associe écoute et dialogue [72]; la médecine générale perdrait tout son sens...

I. Le médecin, la seconde victime

Comme nous l'avons vu, le patient a un rôle important à jouer pour prévenir les erreurs médicales et ainsi devenir acteur de sa santé. Qu'en est-il du médecin victime d'une erreur médicale ?

Une patiente américaine [73] ayant été victime d'une erreur médicale en 1999 a fondé l'association MITSS (Medically Induced Trauma Support Services) après avoir réalisé l'impact de cette erreur sur l'équipe soignante. « J'avais été témoin de l'impact émotionnel que l'évènement défavorable avait eu sur mon chirurgien orthopédique, l'anesthésiste et toute l'équipe de soins. Ce n'était pas simplement une affaire comme d'habitude pour eux ; ils ont souffert aussi et se sont retrouvés sans le support que ma famille et moi, nous avions. J'ai compris que quelque chose devait être fait pour eux ». Le MITSS permet de fournir un appui direct aux patients et à leurs familles mais aussi aux personnels soignants à la suite d'un évènement indésirable associé aux soins.

Tout professionnel de santé confronté à une erreur médicale peut se sentir coupable, exposé au jugement de ses pairs et au risque d'une plainte de la part du patient [33].

Cette erreur médicale peut avoir un impact émotionnel important sur le soignant comme l'a montré Mélanie Macron [74] dans sa thèse où les médecins généralistes impliqués dans une erreur médicale évoquaient une « détresse émotionnelle associant sentiment de culpabilité, colère, peur et doute de leur capacité à continuer à travailler en tant que soignant ». Le soignant peut ainsi être qualifié de seconde victime [9]. Eric Galam ajoute que l'erreur médicale peut être considérée comme un véritable « accident du travail » [75].

Il cite plusieurs pistes afin d'aider le médecin à s'adapter à ce chamboulement professionnel : il est important de faire l'effort de revenir sur son erreur afin de l'analyser et de réfléchir aux causes, aux conséquences et aux éventuelles façons dont elle aurait pu être évitée [33][75].

Afin d'améliorer la gestion de l'erreur médicale et éviter qu'elle ne se reproduise, il semble donc important de comprendre la genèse de cette erreur et d'aider le professionnel de santé à surmonter cette épreuve. Il faut favoriser les formations à ce sujet notamment au cours de la formation initiale puis tout au long de la carrière professionnelle [74]. P. Klotz [25] évoquait déjà cela dans son ouvrage en 1994. Le premier diplôme universitaire (DU) sur « L'erreur médicale : de sa gestion à sa prévention » a été ouvert en 2010, à la faculté de Montpellier-Nîmes [76]. Ce DU a pour but objectif de permettre aux médecins de mieux faire face à une erreur médicale, « une mise en cause », d'en assurer la gestion et d'en prévenir la récurrence. Une généralisation de ces enseignements semble nécessaire.

Dans notre étude, 93% des répondants ont proposé de favoriser la collaboration entre les différents professionnels de santé afin de prévenir les erreurs médicales.

Cela va dans le sens actuel de l'exercice de la médecine générale avec le regroupement en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) qui se développe depuis plusieurs années et aussi le déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) [71] [72]. Ce nouveau cadre de travail pourrait devenir un lieu pour analyser en groupe des incidents, notamment avec des Revues de mortalité et de morbidité (RMM) en médecine générale [19]. Cette pratique est encore peu répandue comme l'a montré le travail de thèse de Julie Auffret [77], mais les médecins généralistes semblent prêts à une telle démarche, avec des aménagements et une adaptation à leur exercice libéral.

VI. Conclusion

Notre étude est l'une des seules études réalisées en France sur la perception par le patient des erreurs médicales en médecine générale. Les patients ont conscience que les erreurs médicales existent notamment en médecine générale mais semblent plus inquiets d'être victimes d'une erreur médicale à l'hôpital qu'en médecine générale.

Dans l'ensemble, ils ont plutôt confiance en leurs professionnels de santé et souhaitent que leur médecin généraliste leurs révèle si une erreur médicale a lieu. Ils attachent une importance à l'honnêteté du médecin responsable d'une erreur médicale et cela semble jouer un rôle dans la survenue de poursuite judiciaire ultérieure.

De plus, ils mettent en avant la surcharge de travail et le manque de collaboration entre les différents professionnels de santé comme facteurs pouvant favoriser la survenue d'une erreur médicale. Le regroupement des médecins généralistes en MSP va peut-être permettre une meilleure communication et ainsi réduire les risques d'erreur médicale en lien avec cette variable. Ce regroupement peut permettre aux professionnels de travailler en groupes sur les différents événements indésirables.

Les patients semblent partagés quant au fait d'être impliqués dans la détection des erreurs médicales mais il s'agit pourtant de l'un des outils majeurs pour en prévenir la survenue. Les instances gouvernementales en ont pris conscience et c'est pour cela que la culture de la sécurité des soins se développe en mettant le patient au centre du soin. Il devient acteur de sa santé. Le modèle paternaliste a cessé pour un modèle délibératif où la décision médicale est partagée. Il faut donc poursuivre nos efforts pour impliquer davantage les patients dans leurs soins. L'un des outils actuels est le déploiement du Dossier Médical Partagé auquel les patients semblent favorables afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins de chaque bénéficiaire de l'assurance maladie. La réussite du DMP dépendra de l'implication de l'ensemble des acteurs du système de soins, y compris les patients.

La création d'un nouveau métier d'assistant médical, annoncée lors du plan Ma santé 2022, dont le rôle serait de libérer le médecin de certaines charges notamment administratives aiderait à l'élaboration du DMP. Cependant, le gain de temps médical ne doit pas seulement viser l'augmentation de la patientèle et la réduction des délais de rendez-vous mais aussi la restauration du temps nécessaire à l'écoute et au dialogue.

Il semble donc nécessaire de favoriser l'implication des patient et le besoin de « pédagogie » à faire auprès d'eux pour améliorer la qualité des soins.

Bibliographie

1. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sciences sociales et santé*. 2008 Mar 1;26(1):67-91.
2. Dowie J, Elstein A. Professional judgment : a reader in clinical decision making. 1988. Cambridge, Cambridge University Press.
3. Galam E. La souffrance du médecin mis en cause par un patient. *Responsabilité, dec* 2009;9(36):0-23.
4. Fox R. L'incertitude médicale. 1988. Paris-Louvain-la-Neuve, L'harmattan-CIACO
5. Sanche G, Caire Fon N. Quand l'incertitude s'en mêle. *Le Médecin du Québec*. Mai 2010;45(5):37-41.
6. Nevalainen M, Kuikka L, Sjoberg L, Eriksson J, Pitkala K. Tolerance of uncertainty and fears of making mistakes among fifth-year medical students. *Fam Med*. avr 2012;44(4):240.
7. Ritter Raimundo C. L'incertitude en médecine : de la vie professionnelle à la faculté. *Mémoire de formation en santé*. Université Paris Nord Léonard de Vinci; 2000.
8. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human : Building a safer health system. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute Of Medicine, National Academies Press, 1999.
9. Wu AW. Medical error : the second victim. *BMJ*. 2000;320:726-7.
10. Witman A.B., Park D.M, Hardin S.B. How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting. *Arch Intern Med*, 1996. 156(22):2565-9.
11. Commission européenne. Eurobaromètre Spécial : « Les erreurs médicales ». [En ligne]. Janvier 2006 [Consulté le 14 mai 2019]. Disponible sur : http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_241_fr.pdf.
12. CIPS (2009) The International Classification for Patient Safety. Glossary of Patient Safety Concepts and References. World Health Organization, Geneva. 2009.
13. Organisation mondiale de la santé. Classification internationale pour la sécurité des patients. Rapport de l'OMS sur les résultats de l'enquête Delphi modifiée par Internet. 2007:23p.
14. Reason J. Human error : models and management. 2000. *BMJ* 320 :768-70.
15. Pace WD, Fernald DH, Harris DM, Dickinson LM, Araya-Guerra R, Staton EW et al. Developing a taxonomy for coding ambulatory medical errors: a report from the ASIPS Collaborative. *Advances in patient safety. From research to implemantation. Concepts and Methodology AHRQ Publication No 05- 0021-2, 2*. Rockville, MD: Agency for Health- care Research and Quality; 2005.
16. Larrieu-Maradan C. Perception par des médecins généralistes français des évènements indésirables associés aux soins en médecine générale : définition et typologie par la méthode des focus groups [Thèse de Docteur en médecine]. Paris : Université Paris-Descartes faculté de Médecine ; 2015.
17. La revue prescrire. Erreurs en médecine ambulatoire : une recherche balbutiante. *Revue Prescrire*. 2003 juil; 23, 241:543-44.

18. Haute Autorité de Santé. Repères – Évènements indésirables associés aux soins (EIAS) [En ligne]. [Consulté le 7 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2566412/fr/reperes-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias.
19. Brami J, Amalberti R. La sécurité du patient en médecine générale. Paris :Springer-Verlag; 2010; 196p.
20. Michel P, Kerié-Gascou M, Kret M, Mosnier A, Dupie I, Chanelière M, et al. Etude nationale en Soins PRIMaires sur les événements indésirables (ESPRIT 2013). Rapport final. CCECQA, Bordeaux 2013. Vol. 20. Sommaire; 2004. 355-62.
21. Haute Autorité de Santé. Le guide OMS pour la sécurité des patients ! [En ligne]. [Consulté le 7 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/guide_pedagogique_pour_la_securite_des_patients_-_guide_complet.pdf
22. Adouani M. L'erreur médicale en médecine générale : identification des résistances des médecins généralistes à déclarer leurs erreurs. Enquête qualitative réalisée auprès de 12 praticiens généralistes de la région PACA [Thèse de docteur en médecine]. Nice : Université de Nice-Sophia-Antipolis faculté de Médecine ; 2010.
23. Kenaghan J. Entre médecins et infirmiers, des risques d'événements indésirables. Médecine. 1 mai 2016;12(5):214-9.
24. Organisation Mondiale de la Santé. Guide pédagogique pour la sécurité des patients - édition multi-professionnelle; 2011 [En ligne] [Consulté le 7 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/tools-download/fr/>
25. Klotz P. L'erreur médicale : mécanisme et prévention, Paris : Maloine; 1994.
26. Michel P, Quenon JL, Djihoud A, et al. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. DRESS_Etudes et résultats. 2005 mai; 398:1-15.
27. Michel P, Lathelize M, Bru-Sonnet R, et al. Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables graves liés aux Soins 2009 (ENEIS2): description des résultats 2009. Rapport final à la DREES. 2011;1-206.
28. Michel P, Minodier C, Lathelize M, et al. Enquête nationale sur les événements indésirables associés aux soins (ENEIS) dans les établissements de santé. Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004. Dossiers SolidaritéetSantébulletin 17;2010.
29. Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Bru-Sonnet R. EVISA : Les événements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers: fréquence et analyse approfondie des causes. Bordeaux, 2009.
30. Michel P, Kerié-Gascou M, Kret M, Mosnier A, Dupie I, Chanelière M, et al. Etude nationale en Soins PRIMaires sur les événements indésirables (ESPRIT 2013). Rapport final. CCECQA, Bordeaux 2013. Vol. 20; 2004. 355–62 p.
31. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
32. Cardin H. La loi du 4 mars 2002 dite "loi Kouchner". Les Tribunes de la sante. 25 avr 2014;42(1):27-33.
33. Galam E. L'erreur médicale, le burnout et le soignant. De la seconde victime au premier acteur. Paris :Springer-Verlag; 2012; 327p.
34. Haute Autorité de santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinés aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». 2013;76.

35. WHO. Patient safety. WHO. 2005 [En ligne][Consulté le 7 mai 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/
36. Programme national pour la sécurité des patients 2013-2017. Ministère des Solidarités et de la Santé [en ligne]. [Consulté le 7 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/programme-national-pour-la-securite-des-patients-pnsp/pnsp>
37. La semaine de la sécurité des patients 2018. Ministère des Solidarités et de la Santé [En ligne]. [Consulté le 7 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/semaine-de-la-securite-des-patients/SSP>
38. Haute Autorité de Santé. Déclarer les événements indésirables graves (EIGS) [En ligne]. [Consulté le 24 juin 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2787301/fr/declarer-les-evenements-indesirables-graves-eigs
39. Portail de signalement des événements sanitaires indésirables [En ligne]. [Consulté le 7 mai 2019]. Disponible sur: https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil
40. Haute Autorité de Santé. Revue de mortalité et de morbidité (RMM) [En ligne]. [Consulté le 7 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm
41. REX-Soignants : Retour d'EXpérience (négative) de soignants [En ligne]. [Consulté le 7 mai 2019]. Disponible sur: <https://retourdexperiencesoignants.wordpress.com/>
42. France Assos Santé-La Voix des Usagers [En ligne]. [Consulté le 7 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.france-assos-sante.org/>
43. Stelfox HT, Palmisani S, Scurlock C, Orav EJ, Bates DW. The “To Err is Human” report and the patient safety literature. *Qual Saf Health Care*. juin 2006;15(3):174-8.
44. Blendon RJ, Desroches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, et al. Views of Practicing Physicians and the Public on Medical Errors. *New England Journal of Medicine*. 12 déc 2002;347(24):1933-40.
45. Qu'attendent les Français de la loi de réforme sur la santé ? Deloitte France. [En ligne] [Consulté le 8 juillet 2019]. Disponible sur: <https://www2.deloitte.com/fr/fr/pages/sante-et-sciences-de-la-vie/articles/barometre-sante.html>
46. Hobgood C, Peck CR, Gilbert B, Chappell K, Zou B. Medical Errors—What and When: What Do Patients Want to Know? *Academic Emergency Medicine*. 1 nov 2002;9(11):1156-61.
47. Mazor KM, Simon SR, Yood RA, Martinson BC, Gunter MJ, Reed GW, et al. Health Plan Members' Views about Disclosure of Medical Errors. *Annals of Internal Medicine*. 16 mars 2004;140(6):409.
48. Unruh KT, Pratt W. Patients as actors: The patient's role in detecting, preventing, and recovering from medical errors. *International Journal of Medical Informatics*. 1 juin 2007;76:S236-44.
49. Kistler CE, Walter LC, Mitchell CM, Sloane PD. Patient perceptions of mistakes in ambulatory care. *Arch Intern Med*. 13 sept 2010;170(16):1480-7.
50. Lang S, Garrido MV, Heintze C. Patients' views of adverse events in primary and ambulatory care: a systematic review to assess methods and the content of what patients consider to be adverse events. *BMC Family Practice*. 27 janv 2016;17:6.

51. Vanderheyden LC, Northcott HC, Adair CE, McBrien-Morrison C, Meadows LM, Norton P, et al. Reports of preventable medical errors from the Alberta Patient Safety Survey 2004. *Healthc Q*. 2005;8 Spec No:107-14.
52. Woods DM, Thomas EJ, Holl JL, Weiss KB, Brennan TA. Ambulatory care adverse events and preventable adverse events leading to a hospital admission. *Qual Saf Health Care*. avr 2007;16(2):127-31.
53. Weingart SN, McL Wilson R, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *West J Med*. juin 2000;172(6):390-3.
54. Little P, Everitt H, Williamson I. et al. Préférences des patients pour une approche centrée sur le patient en matière de consultation en soins primaires: étude observationnelle. *BMJ* 2001; 322 (7284): 468-47.
55. World Health Organisation World Alliance for Patient Safety. *Global Patient Safety Challenge 2005-2006: Clean Care is Safer Care* Geneva, Switzerland: World Health Organisation;2005:1-25.
56. Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. *Mayo Clin Proc*. janv 2010;85(1):53-62.
57. Tourette-Turgis C. L'université des patients : une reconnaissance institutionnelle des savoirs des malades. *Le sujet dans la cité*. 2013;(4):173-85.
58. Hartzler A, Pratt W. Managing the Personal Side of Health: How Patient Expertise Differs from the Expertise of Clinicians. *Journal of Medical Internet Research*. 2011;13(3):e62.
59. Robert M. DU Education thérapeutique du patient en promotion de la santé. UFR Médecine. [En ligne]. [Consulté le 14 sept 2019]. Disponible sur: <https://medecine.univ-nantes.fr/formation-continue/du-education-therapeutique-du-patient-en-promotion-de-la-sante-2019334.kjsp?RH=1382427756982>
60. Pignon F. Patient-Expert : les vertus thérapeutiques du savoir profane [En ligne]. [Consulté le 15 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.imad-nantes.org/actualites-imad/67-patient-expert-les-vertus-therapeutiques-du-savoir-profane>
61. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août 13, 2004.
62. Manaouil C. Le dossier médical personnel (DMP) : « autopsie » d'un projet ambitieux ? *Médecine & Droit*. 1 janv 2009;(94):24-41.
63. Laforge P. Le dossier médical partagé. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 mars 2019;58(584, Supplement):29-30.
64. Odeh S. Du dossier médical personnel au dossier partagé. *Les Cahiers du numérique*. 25 mai 2016;Vol. 12(1):31-50.
65. Lucas J. Enjeux éthiques, réflexions déontologiques et recommandations du Conseil national de l'Ordre des médecins. *Les Tribunes de la sante*. 23 août 2019;59(1):85-97.
66. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. 2019-774 juill 24, 2019.
67. CAB_Solidarites. Discours d'Agnès BUZYN - Conférence de presse : dossier médical partagé. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [En ligne]. [Consulté le 14 sept 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-agnes-buzyn-conference-de-presse-dossier-medical-partage>

68. Bayer R, Santelli J, Klitzman R. New Challenges for Electronic Health Records: Confidentiality and Access to Sensitive Health Information About Parents and Adolescents. *JAMA*. 6 janv 2015;313(1):29-30.
69. De Lusignan S., Mold F., Sheikh A., Majeed A., Wyatt J., Quinn T., Cavill M., et al. Patients' Online Access to Their Electronic Health Records and Linked Online Services: A Systematic Interpretative Review. *BMJ Open* 4, n9: e006021.
70. Le dossier médical partagé (DMP) attendu par les usagers [En ligne]. France Assos Santé. [Consulté le 15 sept 2019]. Disponible sur: https://www.france-assos-sante.org/communiqu%C3%A9_presse/le-dmp-attendu-par-les-usagers/
71. Ma santé 2022 : un engagement collectif [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [consulté le 15 sept 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/>
72. CPTS, assistants médicaux, gouvernance hospitalière, numérique... L'Académie amende Ma Santé 2022 [En ligne]. Le Quotidien du médecin. [Consulté le 15 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/cpts-assistants-medicaux-gouvernance-hospitaliere-numerique-lacademie-amende-ma-sante-2022>
73. Van Pelt F. Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Qual Saf Health Care*. août 2008;17(4):249-52
74. Macron M. Impact de l'erreur médicale sur le médecin généraliste : étude qualitative auprès de 14 médecins de l'Oise. [Thèse de docteur en médecine]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne faculté de médecine ; 2015.
75. Galam E. Dédramatiser et travailler nos erreurs. *La Revue du Praticien. Médecine générale*. 2005 ; 19(33) :377-80.
76. Erreur médicale et mise en cause des médecins ; un diplôme universitaire pour prévenir. *Le Quotidien du Médecin*. Mai 2011;8960 :8.
77. Auffret J. Perception et pratique de l'analyse des événements indésirables associés aux soins en médecine générale [Thèse de docteur en médecine]. Rennes : Université de Rennes 1 faculté de médecine; 2016.

ANNEXE 1 : questionnaire de thèse

Bonjour,

Je suis médecin généraliste et dans le cadre de ma thèse, je vous propose de répondre, de manière anonyme, à un questionnaire afin d'évaluer votre perception du risque d'erreur médicale en médecine générale. Ce travail a pour but de mieux percevoir votre ressenti afin d'améliorer la sécurité des soins.

Merci pour votre aide.

- 1) Quel est votre sexe ? Cochez la réponse correspondante
 - Féminin ☐ Masculin ☐
- 2) Quel est votre âge ?
- 3) Avez-vous une maladie chronique ? Cochez la réponse correspondante
 - Oui ☐ Non ☐
 - Si oui, laquelle ou lesquelles :
- 4) Avez-vous entendu parler ou lu quelque chose au sujet des erreurs médicales en France ? Cochez la réponse correspondante
 - Oui, souvent ☐ Oui, parfois ☐ Oui, rarement ☐ Non, jamais ☐
 - Ne sait pas ☐
- 5) Dans quelle mesure pensez-vous que les erreurs médicales sont un problème en France aujourd'hui ? Pensez-vous qu'elles sont un problème: Cochez la réponse correspondante
 - Très important ☐ Important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐
 - Ne sait pas ☐
- 6) Selon vous, quelle est la probabilité qu'un patient soit victime d'une erreur médicale du fait du médecin généraliste ? Cochez la réponse correspondante
 - Très probable ☐ Probable ☐ Peu probable ☐ Pas du tout probable ☐
 - Ne sait pas ☐
- 7) En général, quel est votre degré d'inquiétude à l'idée d'être victime d'une erreur médicale ? Cochez la réponse correspondante
A l'hôpital :

- Très inquiet(e) ☐ Inquiet(e) ☐ Peu inquiet(e) ☐ Pas du tout inquiet(e) ☐
- Ne sait pas ☐

En médecine générale :

- Très inquiet(e) ☐ Inquiet(e) ☐ Peu inquiet(e) ☐ Pas du tout inquiet(e) ☐
- Ne sait pas ☐

8) Pour chacun des professionnels de santé suivants, quel est votre niveau de confiance ? Cochez la réponse correspondante

	Tout à fait confiant (e)	Plutôt confiant (e)	Peu confiant (e)	Pas du tout confiant (e)	Ne sait pas
Les médecins généralistes					
Les médecins spécialistes					

9) Avez-vous eu une expérience d'erreur médicale sur vous ou un membre de votre entourage proche ? Cochez la ou les réponse(s) correspondante(s)

- Oui, en médecine générale ☐ Oui, à l'hôpital ☐ Non, jamais ☐
- Si votre réponse est négative à cette question, passez directement à la question n°13
- Si votre réponse est positive à cette question, veuillez répondre aux questions suivantes 10,11 et 12 :

10) Si vous avez répondu oui à la question n°9, quelles ont été les conséquences de cette erreur sur votre santé ou celle de votre entourage proche ? Cochez la réponse correspondante

- Aucune ☐ Mineure ☐ Grave ☐ Décès ☐

11) Comment avez-vous appris cette erreur médicale ? Cochez la réponse correspondante

- Révélation par le médecin concerné ☐ Découverte par vous-même ☐
- Autre ☐ précisez.....

12) A la suite de cette erreur, vous ou un membre de votre entourage proche a-t-il entamé une procédure judiciaire ? Cochez la réponse correspondante

- Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

13) Pensez-vous que votre médecin généraliste vous révélerait une erreur médicale si elle avait lieu ? Cochez la réponse correspondante

- Oui, sûrement ☐ Oui, probablement ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

14) Cette erreur vous ferait-elle changer de médecin généraliste ? Cochez la réponse correspondante

- Oui ☐ Non ☐
- Autre ☐ précisez.....

15) A- Parmi les propositions suivantes, pensez-vous qu'elles ont un rôle dans la survenue d'erreur médicale en médecine générale ?

Cochez la réponse correspondante pour chaque item

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	Ne sait pas
Charge de travail, surmenage, stress des médecins n°1					
Manque de communication entre les différents professionnels de santé n°2					
Complexité des soins médicaux n°3					
Manque de temps avec le patient n°4					
Manque de formation des médecins n°5					
Manque de communication avec le patient n°6					
Manque d'informations dans le dossier médical n°7					
Autre, Précisez..... n°8					

16) B- Selon vous, parmi les propositions ci-dessus, quelles sont les 2 plus importantes ? Proposition n° :

Proposition n° :

17) Selon vous, quelles mesures faut-il prendre pour prévenir les erreurs médicales en médecine générale ? Cochez la réponse correspondante pour chaque item

	OUI	NON	Ne sait pas
Augmenter le temps à consacrer aux patients			
Réduire les heures de travail des médecins			
Améliorer la formation des médecins à ce sujet			

Favoriser la collaboration entre les différents professionnels de santé			
Suspendre les médecins qui commettent des erreurs médicales			
Favoriser la détection des erreurs par les patients dans leurs soins			
Augmenter le nombre de médecins			
Autre, Précisez.....			

18) Selon vous, le risque d'erreur médicale est-il plus élevé :

Cochez la réponse correspondante

- En médecine générale ☐ ou A l'hôpital ☐
- Pourquoi ?.....

19) Selon vous, qu'est-ce qu'une erreur médicale ?

.....

20) Au cours de l'année 2017, combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste ? Cochez la situation correspondante

- ☐ 0 ☐ 1 à 2 fois ☐ entre 3 et 6 fois ☐ plus de 6 fois

21) Quelle est votre situation matrimoniale ? Cochez la situation correspondante

- Célibataire ☐ Marié(e)/en couple ☐ Séparé(e)/divorcé(e) ☐ Veuf/veuve ☐

22) Quel est votre niveau d'études ? Cochez la réponse correspondante

- Sans diplôme ☐ Brevet des collèges ☐ CAP/BEP ☐ Baccalauréat ☐
- Diplôme d'études supérieures ☐

23) Quel est votre statut professionnel ? Cochez la réponse correspondante

- Etudiant(e) ☐ Au chômage/sans emploi ☐ Femme/homme au foyer ☐
- Actif ☐ Retraité(e) ☐

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de cocher et signer la phrase ci-dessous :

J'ai lu et j'accepte de participer à cette étude ☐ Signature :

Je vous remercie d'avoir participé à cette étude et ainsi à l'élaboration de ma thèse.
Veuillez placer votre questionnaire dans l'urne prévue à cet effet.

Leloup Morgane : leloup.morgane28@gmail.com

ANNEXE 2 : Tableau des résultats

Variables	Inquiets n = 72	Confiants n = 128	p
Sexe (%)			
Femme	50 (69,4)	73 (57,0)	0,08
Homme	22 (30,6)	55 (43,0)	
Age (%)	48,9 ± 17,4	54,5 ± 17,6	0,03
18-29 ans	12 (16,7)	11 (8,6)	NC*
30-39 ans	13 (18,1)	15 (11,7)	
40-49 ans	11 (15,3)	24 (18,8)	
50-59 ans	11 (15,3)	23 (18,0)	
60-69 ans	18 (25,0)	21 (16,4)	
70-79 ans	5 (6,9)	23 (18,0)	
80 ans et +	2 (2,8)	11 (8,6)	
Maladie chronique (%)			
Oui	24 (33,3)	57 (44,5)	0,12
Non	48 (66,7)	71 (55,5)	
Entendu parler des erreurs (%)			
Oui, souvent	27 (37,5)	0 (0,0)	NC
Oui, parfois	30 (41,7)	86 (67,2)	
Oui, rarement	9 (12,5)	37 (28,9)	
Non, jamais	3 (4,2)	5 (3,9)	
Ne sait pas	3 (4,2)	0 (0,0)	
Problème lié aux erreurs (%)			
Très important	37 (51,4)	0 (0,0)	NC
Important	29 (40,3)	69 (53,9)	
Peu important	5 (6,9)	50 (39,1)	
Pas du tout important	0 (0,0)	4 (3,1)	
Ne sait pas	1 (1,4)	5 (3,9)	
Victime d'une erreur (%)			
Très probable	4 (5,6)	0 (0,0)	NC
Probable	28 (38,9)	27 (21,1)	
Peu probable	33 (45,8)	80 (62,5)	
Pas du tout probable	4 (5,6)	16 (12,5)	
Ne sait pas	3 (4,2)	5 (3,9)	
Inquiétude à l'hôpital (%)			
Très inquiet	20 (27,8)	0 (0,0)	NC
Inquiet	30 (41,7)	20 (15,6)	
Peu inquiet	12 (16,7)	79 (61,7)	
Pas du tout inquiet	8 (11,1)	29 (22,7)	
Ne sait pas	2 (2,8)	0 (0,0)	
Inquiétude en MG (%)			

Très inquiet	1 (1,4)	0 (0,0)	NC
Inquiet	30 (41,7)	0 (0,0)	
Peu inquiet	23 (31,9)	80 (62,5)	
Pas du tout inquiet	17 (23,6)	48 (37,5)	
Ne sait pas	1 (1,4)	0 (0,0)	
Confiance aux MG (%)			
Tout à fait confiant	20 (27,8)	53 (41,4)	NC
Plutôt confiant	49 (68,1)	73 (57,0)	
Peu confiant	3 (4,2)	2 (1,6)	
Confiance aux Spé (%)			
Tout à fait confiant	22 (30,6)	42 (32,8)	NC
Plutôt confiant	40 (55,6)	84 (65,6)	
Peu confiant	9 (12,5)	2 (1,6)	
Pas du tout confiant	1 (1,4)	0 (0,0)	
Expérience d'une erreur (%)			
Oui, en MG	10 (13,9)	18 (14,1)	0,0032
Oui, à l'hôpital	23 (31,9)	16 (12,5)	
Non	39 (54,2)	94 (73,4)	
Conséquence de l'erreur (%)			
Aucune	1 (3,0)	0 (0,0)	NC
Mineure	7 (21,2)	13 (38,2)	
Grave	21 (63,6)	13 (38,2)	
Décès	4 (12,1)	8 (23,5)	
Révélation de l'erreur (%)			
Médecin concerné	14 (42,4)	3 (8,8)	0,0058
Vous-même	7 (21,2)	14 (41,2)	
Autre	12 (36,4)	17 (50,0)	
Procédure judiciaire (%)			
Oui	10 (30,3)	2 (5,9)	NC
Non	22 (66,7)	31 (91,2)	
Ne sait pas	1 (3,0)	1 (2,9)	
Révélation de l'erreur par MG (%)			
Oui, surement	22 (30,6)	46 (35,9)	0,6825
Oui, probablement	33 (45,8)	55 (43,0)	
Non	10 (13,9)	12 (9,4)	
Ne sait pas	7 (9,7)	15 (11,7)	
Changement MG (%)			
Oui	29 (40,3)	33 (25,8)	0,0173
Non	25 (34,7)	71 (55,5)	
Autre	18 (25,0)	24 (18,8)	
Surcharge de travail (%)			
Toujours	15 (20,8)	25 (19,5)	NC
Souvent	32 (44,4)	59 (46,1)	
Parfois	17 (23,6)	37 (28,9)	
Jamais	3 (4,2)	0 (0,0)	

Ne sait pas	5 (6,9)	7 (5,5)	
Manque de communication entre professionnels (%)			
Toujours	15 (20,8)	8 (6,3)	NC
Souvent	27 (37,5)	45 (35,2)	
Parfois	25 (34,7)	61 (47,7)	
Jamais	2 (2,8)	7 (5,5)	
Ne sait pas	3 (4,2)	7 (5,5)	
Complexité des soins (%)			
Toujours	10 (13,9)	22 (17,2)	0,9215
Souvent	21 (29,2)	34 (26,6)	
Parfois	27 (37,5)	51 (39,8)	
Jamais	5 (6,9)	9 (7,0)	
Ne sait pas	9 (12,5)	12 (9,4)	
Manque de temps avec le patient (%)			
Toujours	17 (23,6)	14 (10,9)	0,0343
Souvent	20 (27,8)	46 (35,9)	
Parfois	21 (29,2)	53 (41,4)	
Jamais	6 (8,3)	9 (7,0)	
Ne sait pas	8 (11,1)	6 (4,7)	
Manque de formation (%)			
Toujours	8 (11,1)	5 (3,9)	NC
Souvent	13 (18,1)	14 (10,9)	
Parfois	31 (43,1)	57 (44,5)	
Jamais	3 (4,2)	28 (21,9)	
Ne sait pas	17 (23,6)	24 (18,8)	
Manque de communication avec le patient (%)			
Toujours	14 (19,4)	16 (12,5)	NC
Souvent	19 (26,4)	34 (26,6)	
Parfois	28 (38,9)	56 (43,8)	
Jamais	3 (4,2)	11 (8,6)	
Ne sait pas	8 (11,1)	11 (8,6)	
Manque d'information dans dossier médical (%)			
Toujours	7 (9,7)	4 (3,1)	0,2770
Souvent	16 (22,2)	22 (17,2)	
Parfois	30 (41,7)	63 (49,2)	
Jamais	8 (11,1)	17 (13,3)	
Ne sait pas	11 (15,3)	22 (17,2)	
Augmenter le temps avec patient (%)			
Oui	58 (80,6)	98 (76,6)	0,7364
Non	8 (11,1)	15 (11,7)	
Ne sait pas	6 (8,3)	15 (11,7)	
Réduire temps de travail (%)			
Oui	39 (54,2)	68 (53,1)	

Non	22 (30,6)	28 (21,9)	0,1805
Ne sait pas	11 (15,3)	32 (25,0)	
Amélioration la formation (%)			
Oui	56 (77,8)	77 (60,2)	
Non	7 (9,7)	18 (14,1)	0,0348
Ne sait pas	9 (12,5)	33 (25,8)	
Favoriser la collaboration entre professionnels (%)			
Oui	64 (88,9)	122 (95,3)	
Non	3 (4,2)	4 (3,1)	NC
Ne sait pas	5 (6,9)	2 (1,6)	
Suspendre les médecins (%)			
Oui	35 (48,6)	43 (33,6)	
Non	11 (15,3)	38 (29,7)	0,0374
Ne sait pas	26 (36,1)	47 (36,7)	
Implication des patients (%)			
Oui	44 (61,1)	68 (53,1)	
Non	10 (13,9)	21 (16,4)	0,5497
Ne sait pas	18 (25,0)	39 (30,5)	
Augmenter le nombre de médecins (%)			
Oui	65 (90,3)	113 (88,3)	
Non	1 (1,4)	4 (3,1)	NC
Ne sait pas	6 (8,3)	11 (8,6)	
Risque erreur médicale (%)			
En médecine générale	7 (9,7)	29 (22,7)	
A l'hôpital	60 (83,3)	92 (71,9)	0,1499
Ne sait pas	5 (7)	7 (5,5)	
Nombre de consultation chez MG (%)			
0 à 2 fois	27 (37,5)	42 (32,8)	
Entre 3 et 6 fois	33 (45,8)	60 (46,9)	0,5588
Plus de 6 fois	12 (16,7)	26 (20,3)	
Statut matrimonial (%)			
Célibataire	18 (25,0)	12 (9,4)	
Marié(e)/en couple	46 (63,9)	99 (77,3)	NC
Séparé(e)/divorcé(e)	5 (6,9)	8 (6,3)	
Veuf/veuve	3 (4,2)	9 (7,0)	
Niveau d'études (%)			
Sans diplôme	11 (15,3)	9 (7,0)	
Brevet des collèges	3 (4,2)	12 (9,4)	
CAP/BEP	14 (19,4)	25 (19,5)	NC
Baccalauréat	14 (19,4)	33 (25,8)	
Diplôme d'études supérieures	30 (41,7)	49 (38,3)	

*NC : non calculable car effectif inférieur à 5 pour certaines tranches

Table des figures et tableaux

FIGURE 1 : CAUSE DES EIAS EVITABLES	14
FIGURE 2 : NOMBRE DE PARTICIPANTS PAR AGE.....	20
FIGURE 3 : SITUATION MATRIMONIALE	20
FIGURE 4 : NIVEAU D'ETUDES	21
FIGURE 5 : STATUT PROFESSIONNEL	21
FIGURE 6 : « AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER OU LU QUELQUE CHOSE AU SUJET DES ERREURS MEDICALES EN FRANCE ? ».....	22
FIGURE 7 : « DANS QUELLE MESURE PENSEZ-VOUS QUE LES ERREURS MEDICALES SONT UN PROBLEME EN FRANCE ? ».....	23
FIGURE 8 : « QUELLE EST LA PROBABILITE QU'UN PATIENT SOIT VICTIME D'UNE ERREUR MEDICALE DU FAIT DU MEDECIN GENERALISTE ? ».....	23
FIGURE 9 : « QUEL EST VOTRE DEGRE D'INQUIETUDE A L'IDEE D'ETRE VICTIME D'UNE ERREUR MEDICALE A L'HOPITAL ET EN MEDECINE GENERALE ? ».....	24
FIGURE 10 : « POUR CHACUN DES PROFESSIONNELS DE SANTE SUIVANTS, QUEL EST VOTRE NIVEAU DE CONFIANCE ? ».....	24
FIGURE 11 : « AVEZ-VOUS EU UNE EXPERIENCE D'ERREUR MEDICALE SUR VOUS OU UN MEMBRE DE VOTRE ENTOURAGE PROCHE ? ».....	25
FIGURE 12 : « QUELLES ONT ETE LES CONSEQUENCES DE CETTE ERREUR SUR VOTRE SANTE OU CELLE DE VOTRE ENTOURAGE ? ».....	25
FIGURE 13 : « A LA SUITE DE CETTE ERREUR, VOUS OU UN MEMBRE DE VOTRE ENTOURAGE PROCHE A-T-IL ENTAME UNE PROCEDURE JUDICIAIRE ? ».....	26
FIGURE 14 : « PENSEZ-VOUS QUE VOTRE MEDECIN GENERALISTE VOUS REVELERAIT UNE ERREUR MEDICALE SI ELLE AVAIT LIEU ? ».....	26
FIGURE 15 : « CETTE ERREUR VOUS FERAIT-ELLE CHANGER DE MEDECIN GENERALISTE ? » ...	27
FIGURE 16 : « PARMI LES PROPOSITIONS SUIVANTES, PENSEZ-VOUS QU'ELLES ONT UN ROLE DANS LA SURVENUE D'ERREUR MEDICALE EN MEDECINE GENERALE ? ».....	28
FIGURE 17 : « QUELLES MESURES FAUT-IL PRENDRE POUR PREVENIR LES ERREURS MEDICALES EN MEDECINE GENERALE ? ».....	29
FIGURE 18 : « SELON VOUS, LE RISQUE D'ERREUR MEDICALE EST-IL PLUS ELEVE : EN MEDECINE GENERALE OU A L'HOPITAL ? ».....	30
TABEAU I : COMPARAISON DES PATIENTS « INQUIETS » ET « CONFIANTS » VIS-A-VIS DES ERREURS MEDICALES	33
TABEAU II : PROPOSITION DES PATIENTS POUR PREVENIR LES ERREURS MEDICALES EN MEDECINE GENERALE	34

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis (e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

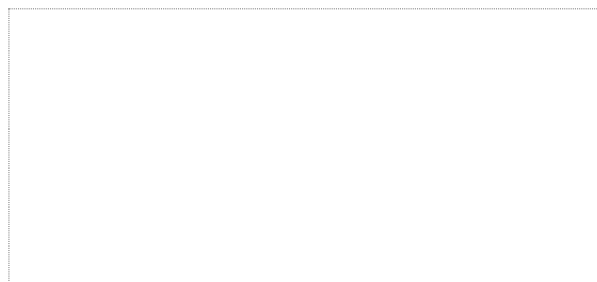
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

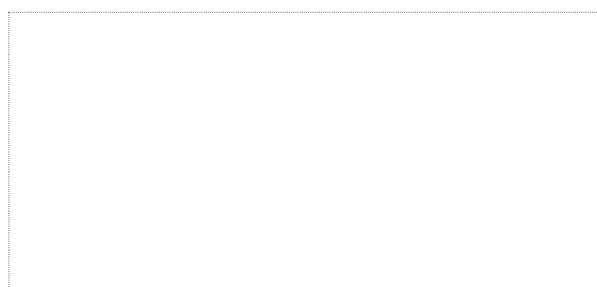
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.

Vu, le Président du Jury,



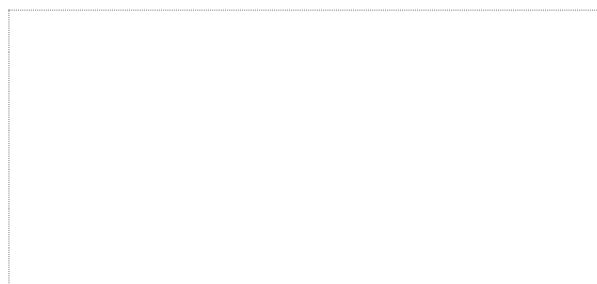
Professeur Leila Moret

Vu, le Directeur de Thèse,



Docteur Stéphanie Larramendy-Magnin

Vu, le Doyen de la Faculté,



Professeur Pascale JOLLIET

Nom : LELOUP

Prénom : Morgane

Titre de Thèse : Perception par le patient du risque d'erreur médicale en médecine générale

RESUME

Contexte : L'erreur médicale a été pendant de longues années un tabou. C'est seulement après la publication du rapport « To Err is Human », en 1999, par l'Institut de Médecine des Etats-Unis, que la culture de la sécurité s'est développée. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a permis de mettre le patient au cœur du système de soins. La médecine générale est une spécialité où l'incertitude prédomine et cela peut engendrer des erreurs médicales. C'est dans ce contexte d'accentuation des droits du patient que nous nous sommes intéressés à leurs perceptions du risque d'erreur médicale en médecine générale.

Méthode : Nous avons réalisé une étude quantitative, descriptive, non interventionnelle, dans deux cabinets de groupe de médecine générale de l'agglomération nantaise. Un questionnaire anonyme a été élaboré à partir de la littérature internationale et a été proposé à tous les patients de plus de 18 ans consultant leur médecin généraliste de mai à juillet 2018. La saisie des données a été faite sur Excel et l'analyse des données a été menée en utilisant le logiciel EpiData Analysis.

Résultats : 200 questionnaires ont été recueillis dont 123 femmes et 77 hommes. L'âge moyen était de 52,4 ans (18-92) \pm 17,7. 67,5 % des patients pensent que les erreurs médicales sont un problème important en France et 66,5 % pensent qu'il est peu probable d'être victime d'une erreur médicale du fait du médecin généraliste. Ils ont plutôt confiance en leurs professionnels de santé. 31 % des patients changeraient de médecin généraliste s'ils étaient victimes d'une erreur médicale et 21 % ont nuancé leur réponse en expliquant que cela dépendrait de la gravité de l'erreur médicale et de l'attitude du médecin. Les patients sont plus inquiets à l'idée d'être victime d'une erreur médicale à l'hôpital qu'en médecine générale. Un tiers de nos répondants ont déclaré avoir une expérience d'erreur médicale sur eux ou leur entourage mais peu ont entamé une procédure judiciaire à la suite de cette erreur. Selon les patients, la surcharge de travail et le manque de communication entre professionnels de santé sont les principaux facteurs responsables d'erreur médicale. 56 % de nos patients ne trouvent pas pertinent d'être impliqués dans la détection des erreurs médicales.

Conclusion : Les patients ont conscience des erreurs médicales en médecine générale mais semblent plutôt mitigés quant au fait d'être impliqués dans leurs détections. Or, l'implication des patients est primordiale ; nous devons la développer par le biais de formation et d'éducation thérapeutique afin de rendre le patient acteur de sa santé. De plus, la communication entre les professionnels de santé doit être développée notamment grâce aux maisons de santé pluriprofessionnelles et au déploiement du Dossier Médical Partagé.

MOTS-CLES

Erreur médicale, événement indésirable, médecine générale, ambulatoire, communication, impact, formation universitaire, dossier médical partagé