BU bibliothèque Lyon 1

http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)




http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr

EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD – LYON 1
FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Année 2015 N°

# LA REVUE DE MORBI-MORTALITÉ DANS LA FORMATION INITIALE DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE : À PROPOS D'UNE EXPÉRIMENTATION À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON EST

THÈSE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
et soutenue publiquement le **mardi 13 octobre 2015**
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

**Guillaume EICHINGER**
**né le 10 avril 1985 à Grenoble (38)**

EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

**EICHINGER Guillaume** : La revue de morbi-mortalité dans la formation initiale des internes de médecine générale : à propos d'une expérimentation à la Faculté de Médecine de Lyon Est.

177 f., 1 ill., 3 tab.

Th. Méd. : Lyon 2015 n°

**Résumé :**

La revue de morbi-mortalité (RMM) consiste en une analyse collective et rétrospective de situations marquées par un événement indésirable associé aux soins (EIAS). Cette analyse se veut systémique et vise à mettre en évidence les facteurs ayant favorisé l'événement et à trouver des actions d'amélioration devant permettre de prévenir un nouvel incident. Elle peut avoir deux objectifs différents : l'évaluation et l'amélioration des pratiques dans un système de soins ou un but pédagogique, notamment pour la formation des internes.

Nous avons mené une étude qualitative, en interrogeant 15 internes de médecine générale ayant participé à deux RMM dédiées spécifiquement à leur pratique et organisées pour ce travail. L'objectif était d'évaluer l'impact de telles revues sur la pratique des internes et sur leur vécu des situations présentées.

L'analyse des entretiens a révélé une grande satisfaction des participants vis-à-vis de la RMM. Celle-ci correspond à une demande de la part des internes d'analyser les EIAS, sous une forme appréciée, par le biais d'échanges et de discussions en groupe. La RMM a permis de révéler ou de confirmer de nombreuses notions de culture de sécurité. Les apports en termes de changements de pratiques sont modestes. Ce sont surtout des démarches individuelles (rigueur, vigilance) mais quelques changements, notamment en terme de communication, peuvent avoir un impact plus concret.

Au final, cette expérimentation, malgré ses limites, a semblé une réussite et plaide en faveur de la mise en place de tels groupes d'analyse des EIAS chez les internes de médecine générale.

**MOTS CLÉS :**

revues de morbi-mortalité, internes, formation initiale, médecine générale, culture de sécurité, pédagogie

**JURY :**

Président : Monsieur le Professeur Cyrille COLIN

Membres : Monsieur le Professeur Philippe MICHEL

Madame le Professeur Marie FLORI

Monsieur le Docteur Marc CHANELIÈRE (directeur de thèse)

**DATE DE SOUTENANCE**

Mardi 13 octobre 2015

**Adresse de l'auteur :**

6 place Puvis de Chavannes, 69006 LYON

guillaume.eichinger@gmail.com

EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1**

| | |
|---|---|
| . Président de l'Université | François-Noël GILLY |
| . Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales | François-Noël GILLY |
| . Secrétaire Général | Alain HELLEU |

**SECTEUR SANTE**

| | |
|---|---|
| UFR DE MEDECINE LYON EST | Doyen : Jérôme ETIENNE |
| UFR DE MEDECINE LYON SUD – CHARLES MERIEUX | Doyen : Carole BURILLON |
| INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB) | Directrice: Christine VINCIGUERRA |
| UFR D'ODONTOLOGIE | Directeur : Denis BOURGEOIS |
| INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION | Directeur : Yves MATILLON |
| DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE | Directeur : Pierre FARGE |

**SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES**

| | |
|---|---|
| UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES | Directeur : Fabien de MARCHI |
| UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS) | Directeur : Claude COLLIGNON |
| POLYTECH LYON | Directeur : Pascal FOURNIER |
| I.U.T. | Directeur : Christian COULET |
| INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA) | Directeur : Véronique MAUME-DESCHAMPS |
| I.U.F.M. | Directeur : Régis BERNARD |
| CPE | Directeur : Gérard PIGNAULT |

EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

# Faculté de Médecine Lyon Est
# Liste des enseignants 2014/2015

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers**
**Classe exceptionnelle Echelon 2**

| | | |
|---|---|---|
| Cochat | Pierre | Pédiatrie |
| Cordier | Jean-François | Pneumologie ; addictologie |
| Etienne | Jérôme | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Gouillat | Christian | Chirurgie digestive |
| Guérin | Jean-François | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| Mauguière | François | Neurologie |
| Ninet | Jacques | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| Peyramond | Dominique | Maladie infectieuses ; maladies tropicales |
| Philip | Thierry | Cancérologie ; radiothérapie |
| Raudrant | Daniel | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Rudigoz | René-Charles | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers**
**Classe exceptionnelle Echelon 1**

| | | |
|---|---|---|
| Baverel | Gabriel | Physiologie |
| Blay | Jean-Yves | Cancérologie ; radiothérapie |
| Borson-Chazot | Françoise | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| Denis | Philippe | Ophtalmologie |
| Finet | Gérard | Cardiologie |
| Guérin | Claude | Réanimation ; médecine d'urgence |
| Lehot | Jean-Jacques | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Lermusiaux | Patrick | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Martin | Xavier | Urologie |
| Mellier | Georges | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Michallet | Mauricette | Hématologie ; transfusion |
| Miossec | Pierre | Immunologie |
| Morel | Yves | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mornex | Jean-François | Pneumologie ; addictologie |
| Neyret | Philippe | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Ninet | Jean | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Ovize | Michel | Physiologie |
| Ponchon | Thierry | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Pugeat | Michel | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| Revel | Didier | Radiologie et imagerie médicale |
| Rivoire | Michel | Cancérologie ; radiothérapie |
| Thivolet-Bejui | Françoise | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Vandenesch | François | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Zoulim | Fabien | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |

EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers**
**Première classe**

| | | |
|---|---|---|
| André-Fouet | Xavier | Cardiologie |
| Barth | Xavier | Chirurgie générale |
| Berthezene | Yves | Radiologie et imagerie médicale |
| Bertrand | Yves | Pédiatrie |
| Beziat | Jean-Luc | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| Boillot | Olivier | Chirurgie digestive |
| Braye | Fabienne | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie |
| Breton | Pierre | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| Chassard | Dominique | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Chevalier | Philippe | Cardiologie |
| Claris | Olivier | Pédiatrie |
| Colin | Cyrille | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Colombel | Marc | Urologie |
| Cottin | Vincent | Pneumologie ; addictologie |
| D'Amato | Thierry | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| Delahaye | François | Cardiologie |
| Di Fillipo | Sylvie | Cardiologie |
| Disant | François | Oto-rhino-laryngologie |
| Douek | Philippe | Radiologie et imagerie médicale |
| Ducerf | Christian | Chirurgie digestive |
| Dumontet | Charles | Hématologie ; transfusion |
| Durieu | Isabelle | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| Edery | Charles Patrick | Génétique |
| Fauvel | Jean-Pierre | Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie |
| Gaucherand | Pascal | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Guenot | Marc | Neurochirurgie |
| Gueyffier | François | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| Guibaud | Laurent | Radiologie et imagerie médicale |
| Herzberg | Guillaume | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Honnorat | Jérôme | Neurologie |
| Lachaux | Alain | Pédiatrie |
| Lina | Bruno | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Lina | Gérard | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Mabrut | Jean-Yves | Chirurgie générale |
| Mertens | Patrick | Anatomie |
| Mion | François | Physiologie |
| Morelon | Emmanuel | Néphrologie |
| Moulin | Philippe | Nutrition |
| Négrier | Claude | Hématologie ; transfusion |
| Négrier | Marie-Sylvie | Cancérologie ; radiothérapie |
| Nicolino | Marc | Pédiatrie |
| Nighoghossian | Norbert | Neurologie |
| Obadia | Jean-François | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Picot | Stéphane | Parasitologie et mycologie |
| Rode | Gilles | Médecine physique et de réadaptation |
| Rousson | Robert-Marc | Biochimie et biologie moléculaire |
| Roy | Pascal | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| Ruffion | Alain | Urologie |
| Ryvlin | Philippe | Neurologie |
| Scheiber | Christian | Biophysique et médecine nucléaire |

EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| Schott-Pethelaz | Anne-Marie | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Terra | Jean-Louis | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| Tilikete | Caroline | Physiologie |
| Touraine | Jean-Louis | Néphrologie |
| Truy | Eric | Oto-rhino-laryngologie |
| Turjman | Francis | Radiologie et imagerie médicale |
| Vallée | Bernard | Anatomie |
| Vanhems | Philippe | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers**
**Seconde Classe**

| | | |
|---|---|---|
| Allaouchiche | Bernard | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Argaud | Laurent | Réanimation ; médecine d'urgence |
| Aubrun | Frédéric | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Badet | Lionel | Urologie |
| Bessereau | Jean-Louis | Biologie cellulaire |
| Boussel | Loïc | Radiologie et imagerie médicale |
| Calender | Alain | Génétique |
| Charbotel | Barbara | Médecine et santé au travail |
| Chapurlat | Roland | Rhumatologie |
| Cotton | François | Radiologie et imagerie médicale |
| Dalle | Stéphane | Dermato-vénéréologie |
| Dargaud | Yesim | Hématologie ; transfusion |
| Devouassoux | Mojgan | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Dubernard | Gil | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Dumortier | Jérome | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Fanton | Laurent | Médecine légale |
| Faure | Michel | Dermato-vénéréologie |
| Fellahi | Jean-Luc | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Ferry | Tristan | Maladie infectieuses ; maladies tropicales |
| Fourneret | Pierre | Pédopsychiatrie ; addictologie |
| Gillet | Yves | Pédiatrie |
| Girard | Nicolas | Pneumologie |
| Gleizal | Arnaud | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| Guyen | Olivier | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Henaine | Roland | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Hot | Arnaud | Médecine interne |
| Huissoud | Cyril | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Jacquin-Courtois | Sophie | Médecine physique et de réadaptation |
| Janier | Marc | Biophysique et médecine nucléaire |
| Javouhey | Etienne | Pédiatrie |
| Juillard | Laurent | Néphrologie |
| Jullien | Denis | Dermato-vénéréologie |
| Kodjikian | Laurent | Ophtalmologie |
| Krolak Salmon | Pierre | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| Lejeune | Hervé | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| Merle | Philippe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Michel | Philippe | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Monneuse | Olivier | Chirurgie générale |
| Mure | Pierre-Yves | Chirurgie infantile |
| Nataf | Serge | Cytologie et histologie |
| Pignat | Jean-Christian | Oto-rhino-laryngologie |
| Poncet | Gilles | Chirurgie générale |

EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| Raverot | Gérald | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| Ray-Coquard | Isabelle | Cancérologie ; radiothérapie |
| Richard | Jean-Christophe | Réanimation ; médecine d'urgence |
| Rossetti | Yves | Physiologie |
| Rouvière | Olivier | Radiologie et imagerie médicale |
| Saoud | Mohamed | Psychiatrie d'adultes |
| Schaeffer | Laurent | Biologie cellulaire |
| Souquet | Jean-Christophe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Vukusic | Sandra | Neurologie |
| Wattel | Eric | Hématologie ; transfusion |

**Professeur des Universités - Médecine Générale**

| | |
|---|---|
| Letrilliart | Laurent |
| Moreau | Alain |

**Professeurs associés de Médecine Générale**

| | |
|---|---|
| Flori | Marie |
| Lainé | Xavier |
| Zerbib | Yves |

**Professeurs émérites**

| | | |
|---|---|---|
| Chatelain | Pierre | Pédiatrie |
| Bérard | Jérôme | Chirurgie infantile |
| Boulanger | Pierre | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Bozio | André | Cardiologie |
| Chayvialle | Jean-Alain | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Daligand | Liliane | Médecine légale et droit de la santé |
| Descotes | Jacques | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie |
| Droz | Jean-Pierre | Cancérologie ; radiothérapie |
| Floret | Daniel | Pédiatrie |
| Gharib | Claude | Physiologie |
| Itti | Roland | Biophysique et médecine nucléaire |
| Kopp | Nicolas | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Neidhardt | Jean-Pierre | Anatomie |
| Petit | Paul | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Rousset | Bernard | Biologie cellulaire |
| Sindou | Marc | Neurochirurgie |
| Trepo | Christian | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Trouillas | Paul | Neurologie |
| Trouillas | Jacqueline | Cytologie et histologie |
| Viale | Jean-Paul | Réanimation ; médecine d'urgence |

**Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers**
**Hors classe**

| | | |
|---|---|---|
| Benchaib | Mehdi | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |

EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| Bringuier | Pierre-Paul | Cytologie et histologie |
| Davezies | Philippe | Médecine et santé au travail |
| Germain | Michèle | Physiologie |
| Jarraud | Sophie | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Jouvet | Anne | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Le Bars | Didier | Biophysique et médecine nucléaire |
| Normand | Jean-Claude | Médecine et santé au travail |
| Persat | Florence | Parasitologie et mycologie |
| Pharaboz-Joly | Marie-Odile | Biochimie et biologie moléculaire |
| Piaton | Eric | Cytologie et histologie |
| Rigal | Dominique | Hématologie ; transfusion |
| Sappey-Marinier | Dominique | Biophysique et médecine nucléaire |
| Streichenberger | Nathalie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Timour-Chah | Quadiri | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| Voiglio | Eric | Anatomie |
| Wallon | Martine | Parasitologie et mycologie |

**Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers**
**Première classe**

| | | |
|---|---|---|
| Ader | Florence | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| Barnoud | Raphaëlle | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Bontemps | Laurence | Biophysique et médecine nucléaire |
| Chalabreysse | Lara | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Charrière | Sybil | Nutrition |
| Collardeau Frachon | Sophie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Cozon | Grégoire | Immunologie |
| Dubourg | Laurence | Physiologie |
| Escuret | Vanessa | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Hervieu | Valérie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Kolopp-Sarda | Marie Nathalie | Immunologie |
| Laurent | Frédéric | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Lesca | Gaëtan | Génétique |
| Maucort Boulch | Delphine | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| Meyronet | David | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Peretti | Noel | Nutrition |
| Pina-Jomir | Géraldine | Biophysique et médecine nucléaire |
| Plotton | Ingrid | Biochimie et biologie moléculaire |
| Rabilloud | Muriel | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| Ritter | Jacques | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Roman | Sabine | Physiologie |
| Tardy Guidollet | Véronique | Biochimie et biologie moléculaire |
| Tristan | Anne | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Vlaeminck-Guillem | Virginie | Biochimie et biologie moléculaire |

**Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers**
**Seconde classe**

| | | |
|---|---|---|
| Casalegno | Jean-Sébastien | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |

EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| Chêne | Gautier | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Duclos | Antoine | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Phan | Alice | Dermato-vénéréologie |
| Rheims | Sylvain | Neurologie |
| Rimmele | Thomas | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Schluth-Bolard | Caroline | Génétique |
| Simonet | Thomas | Biologie cellulaire |
| Thibault | Hélène | Physiologie |
| Vasiljevic | Alexandre | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Venet | Fabienne | Immunologie |

**Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale**

| | |
|---|---|
| Chanelière | Marc |
| Farge | Thierry |
| Figon | Sophie |

EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

## *Serment d'Hippocrate*

Au moment d'être admis 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 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 et méprisé si j'y manque.


(CC BY-NC-ND 2.0)

## *Remerciements*

***Au Pr Cyrille COLIN :***
Vous m'avez fait l'honneur de présider ce jury. Vos conseils et vos remarques ont permis à ce travail d'évoluer vers ce qu'il est aujourd'hui. Pour tout cela, recevez l'assurance de ma reconnaissance la plus sincère. Transmettez également ma gratitude à ***Mme BOUVARD***, pour sa gentillesse et sa disponibilité.

***Au Pr Philippe MICHEL :***
Vous m'avez fait l'honneur de juger ce travail ; recevez mes remerciements les plus sincères.

***Au Pr Marie FLORI :***
Vous m'avez fait l'honneur de juger ce travail ; recevez mes remerciements les plus sincères.
***À Marie :*** ta présence, ta sérénité et ton éternel sourire sont des étoiles guidant le jeune médecin que je suis sur l'océan qu'il s'apprête à traverser. Ces mois que j'ai passés à tes côtés resteront une précieuse source de leçons pour l'ensemble de ma carrière.

***Au Dr Marc CHANELIÈRE :***
Tu m'as fait l'honneur de diriger ce travail. Tes conseils et tes remarques l'ont défini et m'ont guidé pendant ces longs mois. Reçois mes remerciements les plus sincères.

***Aux participants des revues de morbi-mortalité et au Dr Émile CLOCHE :***
Vous m'avez permis de réaliser ce travail. Recevez mes remerciements pour votre disponibilité et votre participation.

***Au Dr Marion LAMORT-BOUCHÉ :***
Tu m'as accordé ta confiance pour te remplacer pendant plusieurs mois, ce qui m'a justement permis de terminer ce travail. Tes conseils sont toujours justes et me serviront tout au long de ma carrière. Merci pour tout cela.
***À Mathieu :*** puisque ta venue est à l'origine du long congé de ta mère.

***À mes amis :***
Que j'ai moins le plaisir de voir désormais. Le temps passé avec vous est toujours un bonheur.

***À ma belle-famille :***
Vous m'avez accueilli sans réserve. Chaque moment passé parmi vous est toujours un plaisir.
Je tiens tout particulièrement à remercier ***Angélique***, pour l'aide inestimable que vous m'avez apportée.

***À ma famille :***
Vous avez contribué à faire de moi ce que je suis aujourd'hui. J'espère continuer à vous rendre fiers de moi. J'aimerais dédier ce travail aux deux personnes qui auraient sans doute été les plus comblées d'assister à sa présentation et qui seront absentes, malheureusement.

***À Marie-Victoire :***
Depuis le premier jour, tu me fais grandir. Avec toi, j'ai découvert la vraie source du bonheur. Mon vœu le plus cher est de continuer à m'y abreuver avec toi, Raphaël, Tortue et tous ceux qui nous rejoindront.
***À Raphaël :***
Tu es ma plus grande fierté. Avec toi, je découvre des émotions que je ne soupçonnais pas. Et les limites de ma patience...



(CC BY-NC-ND 2.0)

## *Table des matières*


Introduction....15
Chapitres introductifs....17
Événements indésirables et erreurs médicales....17
Définitions....17
Épidémiologie....17
Impact sur les médecins....19
Impact sur les internes....20
Faut-il parler de ses erreurs ?....20
Culture de sécurité dans les systèmes de soins....22
Définitions et concepts....22
Un concept issu de l'industrie nucléaire....22
Adaptation et définition dans le domaine de la santé....23
Cadres conceptuels et dimensions de la culture de sécurité en santé....23
Approche individuelle et approche systémique....25
L'approche individuelle du risque....25
L'approche systémique du risque....26
Mesure et évaluation de la culture de sécurité....26
En secteur hospitalier....26
En soins de premier recours....27
Comment améliorer la culture de sécurité d'une organisation ?....27
Types d'interventions....27
Impact sur la sécurité des patients....28
Déclaration et analyse des événements indésirables....29
La revue de morbidité et de mortalité....29
Définition....29
Qu'est-ce qu'une revue de morbidité et de mortalité ?....29
Quels types de cas sont analysés ?....29
Qui participe ?....30
Historique....31
Premières revues de morbi-mortalité....31
Évolution vers une démarche d'amélioration des pratiques....31
La revue de morbi-mortalité en soins de premier recours....32
La revue de morbi-mortalité dans la formation initiale des médecins....33
Intérêt et évaluation de la revue de morbi-mortalité....34
Méthodes....36
Recherche bibliographique....36
Présentation et déroulement de l'étude....37
Type d'étude....37
Constitution des groupes....37
Déroulement de l'étude....37
Participation des internes....38
Fiche de procédure de la RMM....38
Méthodologie de réalisation des entretiens....39
Construction du guide d'entretien....39
Test du guide d'entretien....40
Réalisation des entretiens....40
Retranscription des entretiens....41
Méthodologie d'analyse des entretiens....41



(CC BY-NC-ND 2.0)

Résultats....43
Données non issues des entretiens....43
Les revues de morbi-mortalité....43
Population d'internes....43
Cas cliniques présentés....44
Entretiens semi-dirigés....46
Données issues des entretiens....47
Choix du cas et discussions antérieures....47
Conditions d'une RMM de qualité et améliorations suggérées....50
Explications préalables et cadre de travail....50
Cas présentés....52
Méthodologie et intérêt de l'analyse des cas....53
Intérêt par rapport à d'autres types d'enseignement....55
Améliorations suggérées et limites....57
Acceptabilité de la RMM entre internes et de l'analyse d'EIAS....60
Impact émotionnel de la RMM....62
Sur le vécu du cas présenté....62
Sur le vécu des événements indésirables....63
Impact sur la qualité et la sécurité des soins....64
Impact en termes de changements de pratiques....64
Actions d'amélioration....64
Types de changements rapportés....65
Caractère défensif ou constructif....67
Caractère individuel ou systémique....67
Impact en terme de culture de sécurité....67
Discussion....71
Résultats....71
Participants et cas cliniques....71
Une méthode acceptée et appréciée....73
Une méthodologie comprise et une formule adaptée....73
Une démarche reconnue et suscitant l'intérêt....74
Une aide dans le vécu des EIAS....75
Des apports contrastés sur le niveau de sécurité des soins....76
Des changements de pratiques aux effets limités....76
Des apports en terme de culture de sécurité....78
Les quatre profils de participants....78
Les réfractaires....78
Les débutants....80
Les ambassadeurs....81
Les blessés....83
Limites....85
De l'étude....85
De la RMM entre internes....85
Apports et perspectives....86
Conclusion....89
Bibliographie....90
Annexes....95


(CC BY-NC-ND 2.0)

## *Préambule*

2012 : un après-midi de septembre.

Le temps de cet après-midi de fin d'été est plaisant et si le séminaire se terminait plus tôt, ce ne serait pas une mauvaise surprise. La chaleur de la salle, aux murs recouverts de moquette qui se décolle et aux stores bloqués en position ouverte, devient d'ailleurs désagréable. Mon pic d'attention est passé, depuis quelques dizaines de minutes déjà, et je suis à nouveau dans une phase plus « digestive ». J'entends tout de même les mots de l'assistante en médecine générale qui conclut, de cette dernière phrase, l'atelier en sous-groupe : « … et donc ce type d'analyse d'événements indésirables s'apparente à ce qu'on appelle une revue de morbidité et de mortalité ». « Comment? Qu'est-ce que... Je.. J'ai participé à ça? » pensai-je. Je m'étais inscrit au séminaire consacré à l'erreur médicale, davantage pour rattraper le retard pris dans les validations de mon DES que par une véritable volonté de travailler sur ce sujet. Je ne m'étais donc pas préparé mentalement à participer à une telle démarche.

Passés les premiers instants de stupeur et enfin rentré chez moi, je repensai à cet après-midi. Nous avions parlé, devant les autres internes du groupe, des cas d'événements indésirables que nous avions résumés sur un petit bout de papier, à la fin de la matinée. La jeune médecin qui animait l'atelier ne s'était pas contentée de nous en remémorer les moindres détails. Elle nous avait demandé de réfléchir aux facteurs qui avaient précipité ces événements. Remontant aux racines de chaque facteur identifié, elle avait fini par nous faire comprendre que toutes ces situations étaient loin d'être aussi simples qu'elles pouvaient paraître au premier coup d’œil.

Et ce n'était pas tout : nous demandant de chercher des solutions pratiques aux problèmes retrouvés, elle nous avait poussé à trouver des moyens simples pour que ces événements aient moins de chance de se reproduire par la suite. Quelle histoire! Nous allions apprendre, non seulement de nos mauvaises expériences, mais en plus de celles des autres! Car ces situations, que chacun avait évoquées, trouvaient un écho particulier chez ses pairs. Les nuits de garde aux urgences, les problèmes de gestion des logiciels de prescription, les surprises des entrées du soir, le manque d'encadrement dans certains services... Chaque nouvelle mésaventure racontée réveillait des sensations étrangement familières chez ceux qui l'écoutaient. Sans être passés par les mêmes services, ni avoir connu exactement les mêmes situations, chacun pouvait se mettre à la place de l'autre et participer d'autant mieux au travail d'analyse. Et garder une trace de situations qu'il n'avait pas encore rencontrées!

Le cas décrit par une des autres internes m'avait particulièrement touché. Elle avait décidé de parler d'une situation qu'elle ressentait comme une erreur personnelle ; l'analyse de l'événement montrait, au contraire, des causes et des responsabilités multiples. En discutant avec elle de son


(CC BY-NC-ND 2.0)

expérience malheureuse, avec empathie et sans jugement, sept internes et un médecin lui avaient apporté le soutien dont elle semblait avoir cruellement manqué jusqu'alors. A un moindre degré, les autres semblaient également profiter de ce partage d'expériences, qui démontrait qu'aucun de nous n'était enfermé dans une forteresse de solitude. A l'inverse, nous vivions tous des moments difficiles et il n'y avait aucune honte à le reconnaître devant ses pairs.

Finalement, on nous avait fait découvrir une méthode qui permettait tout à la fois d'analyser des événements indésirables, d'en tirer des enseignements pratiques et de partager ses mauvaises expériences avec ses pairs. Où avais-je vu ça, auparavant? J'eus beau réfléchir, depuis le début de mes études, je ne voyais pas... Comment ça s'appelle déjà?

2012 : un après-midi de décembre.

Le temps est maussade à l'extérieur et si cette journée d'études se terminait un peu plus tôt, ce ne serait pas une mauvaise surprise. Le froid s'invite désagréablement dans la salle aux murs nus et aux radiateurs hors d'usage. Mon pic d'attention est passé, depuis quelques minutes déjà, et les autres membres de mon sous-groupe semblent également penser que cette dernière phase de la journée a suffisamment duré – nous sommes désormais plus intéressés par les anecdotes que nous échangeons que par le travail qu'on nous a demandé de faire. J'entends tout de même les derniers mots de l'enseignant – maître de stage : « … et donc, la prochaine fois, nous continuerons à approfondir ces réflexions sur comment débuter sa thèse. Pour ceux qui ont déjà un sujet, vous pourrez l'utiliser. Les autres continueront à travailler sur les sujets que nous avons évoqué aujourd'hui ». « C'est dommage, me dis-je, à ce moment-là. Si j'avais un sujet, je pourrais déjà avancer un peu... ». J'étais venu à cette journée d'étude, obligatoire dans le cadre de notre stage chez le praticien, sans avoir jamais vraiment réfléchi à un sujet pour ma thèse. Je ne m'étais donc pas préparé pour un atelier de réflexion à ce propos.

Rentré chez moi, je repensai à cet après-midi de septembre, où j'avais fait une découverte stupéfiante. Dans les semaines qui avaient suivi, je m'étais renseigné sur ces réunions de mortalité et de... mince, comment c'était déjà ? J'avais réussi à faire une petite recherche bibliographique, malgré tout, et trouvé un guide méthodologique, quelques articles, une thèse. Le sujet avait continué à m'intéresser et j'avais découvert la longue histoire de cette méthode, les nombreux services où elle s'était installée. Et, désormais, il me fallait un sujet de thèse. L'association ne vint évidemment pas immédiatement, mais plus tard, alors que j'étais plongé dans une intense activité de téléspectateur : « Mais bien sûr ! Il faut que j'étudie les réunions de moralité et de... truc, en médecine générale ! Ça n'a pas encore été fait, en plus, j'en suis sûr et certain». Mais, pour commencer, il me manquait un point absolument essentiel : retrouver le nom exact de cette méthode ! Ah, ça ne me revient pas... Comment ça s'appelle, déjà ?


(CC BY-NC-ND 2.0)

2013 : un après-midi d'avril.

Le temps est incertain dehors mais, comme aucune des fenêtres de cette salle ne donne sur l'extérieur, il n'y a aucune chance de voir le gris uniforme des murs éclairé par un rayon de soleil printanier. J'ai été choisi pour passer parmi les derniers et écoute donc les présentations des autres internes, aussi attentivement que possible. Mon pic d'attention est malheureusement passé, depuis quelques temps déjà, et je me prépare mentalement à soutenir mon propre mémoire, écrit dans le cadre de notre stage chez le praticien, sur les revues de morbidité et de mortalité en soins ambulatoires. Comme je m'y attendais, une thèse avait déjà été écrite sur ce sujet et il m'a fallu trouver un autre angle pour développer le mien. Ce fut simple. Il m'avait suffi de repenser à la façon dont j'avais moi-même découvert cette méthode : j'avais assisté à une revue de morbi-mortalité organisée pour des internes de médecine générale et avais été conquis par son potentiel. Je n'avais qu'à en organiser à mon tour et demander aux internes qui y participeraient ce qu'ils en pensaient ! A l'heure de présenter mon mémoire, préambule à mon futur travail de thèse, je n'ai plus aucun doute sur l'intérêt de mon sujet. Ni sur le nom que porte la méthode que je veux tester !


(CC BY-NC-ND 2.0)

## *Introduction*

Indissociables de la médecine depuis Hippocrate, les événements indésirables associés aux soins (EIAS) représentent un enjeu de santé publique, plus actuel que jamais. Les premières grandes études sur ce sujet ont été réalisées dans les années 1990 aux États-Unis. Elles en faisaient déjà un état des lieux inquiétant, avec une incidence estimée à 3,7% des hospitalisations, dans l'étude de Brennan *et al.*(1), portant sur des données hospitalières de la ville de New York en 1984. Quelques années plus tard, les auteurs du rapport *To Err is Human*, publié par l'*Institute of Medicine* américain estimaient qu'entre 47 000 et 98 000 décès étaient, chaque année aux États-Unis, consécutifs à des actes de soins(2).

En France, les premières données de grande ampleur ont été publiées dans deux études épidémiologiques dites ENEIS et ENEIS 2. Dans cette dernière, les auteurs estimaient qu'entre 275 000 et 395 000 EIAS survenaient, chaque année en France(3). En soins ambulatoires, la fréquence serait de 22 événements pour 1000 actes, chez des médecins généralistes(4).

Si les EAIS peuvent avoir des conséquences importantes en terme de santé publique, elles en ont également sur le personnel soignant. Celles-ci ont été étudiées depuis la fin des années 1980, en particulier dans les cas d'erreurs médicales. Dans une revue de la littérature de 2008, Schwappach et Boluarte exposaient l'éventail des réactions possibles chez des médecins, après une erreur : anxiété, peur, culpabilité, remords, colère, doute, sentiment d'échec, perte d'estime de soi(5)... Ces réactions étaient parfois responsables de dépressions et pouvaient avoir un retentissement important sur la vie privée des professionnels de santé. Dans d'autres études chez des jeunes médecins, en formation initiale, les conséquences étaient les mêmes(6), (7).

La gestion des EIAS est devenue cruciale pour les systèmes de santé modernes. Parmi les méthodes d'évaluation et d'amélioration de la pratique, la revue de morbi-mortalité (RMM) permet justement de revenir sur ces EIAS. Elle consiste en une analyse, en groupe et a posteriori, de situations marquées par un événement indésirable, avéré ou évité(8). L'analyse se veut systémique, c'est-à-dire qu'elle doit aborder tous les aspects de la prise en charge du patient : environnement de soins, matériel et techniques, pratique des soignants... Elle doit permettre la mise en évidence des facteurs ayant favorisé la survenue de l'EIAS - ou l'ayant empêché, le cas échéant – de façon à mettre en place des actions d'amélioration, devant prévenir de nouveaux incidents. L'objectif est l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les discussions doivent donc se dérouler dans un climat de confiance réciproque, en évitant le jugement et la recherche d'un responsable.

La RMM est née il y a un siècle environ, dans des services de chirurgie américains, et s'est progressivement étendue à toutes les spécialités hospitalières(9). En France, utilisée à l'hôpital depuis au moins vingt ans(10), elle commence à se développer en contexte de soins ambulatoires


(CC BY-NC-ND 2.0)

depuis le milieu des années 2000(11). Dans ces deux cadres, elle semble être appréciée des participants(10), (12).

De par son caractère pédagogique, elle prend parfois part à la formation initiale des internes, en particulier aux États-Unis, où elle est intégrée dans les cursus de nombreuses spécialités médicales et chirurgicales(13). En France, les internes y participent lors de leurs stages dans les services hospitaliers qui en organisent. Dans la formation initiale des futurs médecins généralistes, des ateliers dédiés à l'erreur médicale sont parfois organisés(14). L'expérience menée à la faculté de Saint-Étienne, décrite dans la thèse de Catherine Favier Arnaudier, montre que les internes acceptent volontiers de parler de leurs erreurs et qu'ils trouvent utile de les analyser. On peut donc imaginer que des revues de morbi-mortalité, dédiées à la pratique des internes de médecine générale, seront bien acceptées.

L'hypothèse de ce travail est que la revue de morbi-mortalité peut être, pour des médecins en formation initiale de médecine générale, un outil efficace d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. De plus, la non-culpabilisation et la confidentialité des échanges peuvent leur permettre de revenir sur des situations marquées par un vécu difficile, tant au niveau professionnel que personnel.

L'objectif de l'étude est d'évaluer l'impact de RMM spécifiquement dédiées à des internes en médecine générale : d'une part, en recherchant la mise en place effective de changements dans leur pratique ; d'autre part, en recueillant les changements éventuels dans leur vécu de l'événement présenté ou des événements indésirables, d'une manière générale.


(CC BY-NC-ND 2.0)

# *Chapitres introductifs*

## 1. Événements indésirables et erreurs médicales

### 1. Définitions

Il existe de multiples définitions des concepts d'erreur médicale et d'événement indésirable associé aux soins (EIAS). L'*Institute of Medicine* américain, dans son rapport *To Err is Human* proposait la définition suivante pour l'erreur médicale : « échec d'une action prévue ou utilisation d'un plan erroné pour parvenir à un objectif ». L'événement indésirable était simplement défini comme « un préjudice résultant d'une intervention médicale »(2). Dans son projet de classification internationale pour la sécurité des soins (*International Classification for Patient Safety* ou ICPS), publié en 2009, l'OMS reprenait cette définition de l'erreur médicale(15). Cette classification introduisait le concept d'incident relatif à la sécurité du patient (*patient safety incident*), défini comme un événement ou une circonstance qui aurait pu entraîner, ou a entraîné, une atteinte inutile pour un patient. L'événement indésirable (*adverse event*) est alors défini comme un événement qui a entraîné un dommage (*harmful event*), par opposition à d'autres événements où le patient n'a pas subi d'atteinte : *near miss* ou *no harm incident*. Ces derniers sont désignés en France comme événements porteurs de risque(8). Afin de proposer une définition adaptée et consensuelle, un groupe de travail français, après élaboration par le biais de focus groupes, a proposé cette définition pour l'EIAS : « Un événement indésirable est un événement ou une circonstance 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 »(4). C'est à cette définition, qui a depuis été reprise par la Direction Qualité et Sécurité des soins de la HAS(16), que nous nous référerons dans la suite de ce travail.

Mais, comme le rappelle E. Galam dans son ouvrage consacré à la question, de nombreuses autres définitions ont été produites depuis les années 1980(17). Elles se distinguent sur quelques nuances : conséquences pour le patient, facteurs en cause, volonté du médecin que l'événement ne se reproduise pas... Ainsi, les grandes études épidémiologiques abordent plutôt la question de l'EIAS, impliquant le lien de causalité avec une action de santé quelle qu'elle soit (curative, diagnostique préventive)(1),(3), alors que les travaux sur l'impact de tels événements sur les soignants considèrent plutôt l'erreur médicale, cherchant à investiguer ses conséquences individuelles(5).

### 2. Épidémiologie

L'erreur médicale et l'EIAS sont des notions anciennes, nées avec la Médecine elle-même, comme en témoigne le « primum non nocere » hérité d'Hippocrate. Malgré cela, il ne sont devenus


(CC BY-NC-ND 2.0)

un véritable sujet d'étude que depuis les années 1990. En 1991, après revue de 30,000 dossiers, une équipe de l'université de Harvard estimait que 3,7% des admissions dans les hôpitaux de l'État de New York en 1984 avaient été marquées par un EIAS(1). Treize pour-cent d'entre eux impliquaient le décès du patient. Rapporté au nombre de patients de cette année, les chercheurs estimaient qu'environ 98,000 personnes avaient été victimes d'un effet indésirable lié aux soins, rien que pour les hôpitaux de cet État, dont environ 13,000 étaient décédées. D'autres études suivirent aux États-Unis, menant à une prise de conscience progressive, jusqu'à la publication du rapport *To Err is Human* par l'*Institute of Medicine*(2), en 1999. Reprenant ces premières études, les auteurs estimaient que, chaque année aux États-Unis, des actes de soins causaient entre 47,000 et 98,000 décès et engendraient 37 à 50 milliards de dollars de coût pour la société.

En France, la première étude comparable est parue en 2006. Cette étude, dite ENEIS, portait sur des données hospitalières de 2004(18). Les données recueillies sur plus de 35,000 journées d'hospitalisation, ont permis d'identifier 450 événements indésirables graves (EIG) associés aux soins, dont 195 survenus avant l'hospitalisation (3,9% des causes d'admission). Cette étude a été reconduite en 2009 (étude dite ENEIS 2), retrouvant des résultats similaires : 4,5% des hospitalisations avaient été provoquées par un EIG associé aux soins(3). A l'hôpital, 6,2 EIAS survenaient pour 1000 journées d'hospitalisation. Quarante pour cent de tous ces événements étaient considérés comme évitables. Au total, les auteurs estimaient qu'entre 275,000 et 395,000 EIG liés aux soins survenaient chaque année, en France, dont 95 000 à 180 000 seraient évitables. Une étude de 2010, menée spécifiquement sur des événements survenus en soins ambulatoires en Aquitaine (étude EVISA), a montré des résultats équivalents, avec 73 hospitalisations dues à un EIG, sur les 2496 patients inclus dans l'étude, soit 3,9% du total des admissions(19).

Publié fin 2013, le rapport ESPRIT présentait les résultats d'une étude épidémiologique, menée spécifiquement en soins ambulatoires(4). Celle-ci a permis de recueillir des données sur plus de 13 000 actes (consultations, visites à domicile ou en EHPAD et appels téléphoniques) menés par 125 médecins généralistes. Un total de 475 EIAS a été retenu, dont seulement 9 ont été considérés comme graves. L'incidence des EIAS a été estimée à environ 22 pour 1000 actes, représentant tout de même un EIAS tous les deux jours, pour chaque médecin. Par un autre moyen (le recueil des motifs de consultation au cours de plus de 20 000 actes en médecine générale), l'étude ECOGEN a également permis une évaluation de la iatrogénie en soins ambulatoires(20). Celle-ci a été du même ordre de grandeur, avec 4,3% de consultations où était rapporté au moins un EIAS. Ceux-ci représentaient 2,1% de l'ensemble des diagnostics réalisés.

La gestion de ces événements indésirables, qu'ils surviennent en ville ou à l'hôpital, constitue un enjeu de santé publique. En témoigne la place prise par les questions relatives à la qualité et à la sécurité des soins dans les critères de certification des établissements de santé(21),


(CC BY-NC-ND 2.0)

ainsi que la constitution de groupes de travail dédiés à la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et à la HAS.

### 3. Impact sur les médecins

Si l'EIAS est un danger potentiel pour le patient, il peut également durablement marquer le praticien responsable de l'acte de soins dont il résulte. En 1984, le Dr Hilfiker a été parmi les premiers soignants à évoquer publiquement des erreurs qu'il estimait avoir commises, durant sa carrière(22). Il revenait, à cette occasion, sur les sentiments qu'il avait ressentis suite à ces événements. En 1992, Christensen *et al.* se sont intéressés précisément à l'impact émotionnel sur des médecins d'un hôpital de proximité, d'erreurs qu'ils estimaient avoir commises(23). Onze médecins interviewés décrivaient des sentiments de peur, culpabilité, colère, honte, humiliation... Ces réactions avaient duré plusieurs jours à plusieurs mois et, pour certaines, persistaient encore, plus d'un an après les faits, au moment de l'entretien. Depuis cet article, de nombreux autres sont parus sur ce même thème. Schwappach et Boluarte en compilaient 32, dans une revue de la littérature en 2008(5). Différents types de réactions émotionnelles étaient retrouvés, comme dans l'article de Christensen : l'anxiété, la détresse, la peur, notamment de faire une nouvelle erreur ; la culpabilité, le remords ; la colère ; le doute, le sentiment d'échec et la perte d'estime de soi. Ces sentiments pouvaient aller jusqu'à la dépression, voire au burn out, chez certains médecins. Ils avaient un impact, non seulement sur la vie professionnelle, mais également sur la vie privée, provoquant des troubles du sommeil, de l'irritabilité, à tel point que certains auteurs vont jusqu'à évoquer le statut de deuxième victime de l'erreur(24),(17), pour le médecin.

Mais l'impact des erreurs va bien au-delà de ces réactions émotionnelles négatives. Ainsi, 10 des médecins interrogés par Christensen *et al.(23)* ont expliqué que ces erreurs avaient également eu un impact sur leur pratique, incluant des modifications dans leurs habitudes de prescription, de leur comportement (gestion des appels téléphoniques, supervision des soins infirmiers...) ou de leur relation avec les patients.

Ces différents types d'impact étaient également retrouvés dans l'étude de Chanelière, en 2005(25), menée auprès de médecins généralistes de la région Rhône-Alpes. Un seul des 15 médecins interrogés ne rapportait aucun impact d'un événement indésirable sur lui-même ou sa pratique. Les 14 autres médecins décrivaient des conséquences à la fois émotionnelles et sur leur façon de travailler. Les réactions émotionnelles étaient superposables à celles décrites ci-dessus. Les conséquences sur la pratique comprenaient des changements tout au long de la démarche clinique (interrogatoire, examen, décision), dans le recours aux examens paracliniques ou aux avis spécialisés. Certains événements étaient à l'origine de la reconnaissance d'un défaut de compétence, d'autres amenaient les médecins à une démarche de formation, qu'elle soit liée à l'événement ou plus


(CC BY-NC-ND 2.0)

générale. Enfin, certains médecins identifiaient également un impact sur leur relation à toute leur patientèle, notamment par une prise en compte systématique des EIAS et une démarche d'explication.

### 4. Impact sur les internes

Chez des jeunes médecins en formation initiale, les mêmes causes produisent les mêmes effets. Dès 1989, l'équipe de Wu *et al.* rapportait les résultats d'une enquête menée auprès de résidents en médecine interne, à propos d'erreurs survenues dans leur pratique(6). Dans la majorité des cas décrits, les internes déclaraient avoir ressenti du remords (81% des répondants), de la colère contre soi (79%), de la culpabilité (72%) ou de l'incompétence (60%). Certaines erreurs avaient durablement marqué les internes, jusqu'à influencer le choix de spécialité de l'un d'entre eux. On retrouve également des réponses émotionnelles fortes dans l'étude d'Engel *et al.,* fondée sur des entretiens semi-dirigés auprès de 26 internes(7) : détresse, culpabilité et doute de soi, frustration et colère, confusion et peur. Il en est de même dans le travail de thèse d'Emily Venus, auprès de 10 internes(26) : culpabilité, ruminations et questionnements, honte ou atteinte de la fierté, troubles du sommeil, notions autour de la peur (angoisse, peur, panique). Dans ces travaux, le fait de pouvoir discuter de son erreur avec un médecin responsable aidait, le plus souvent, les internes à en gérer les conséquences personnelles. Malheureusement, l'écoute ou le soutien des seniors étaient bien souvent jugés insuffisants - par la moitié des internes dans la thèse d'Emily Venus(26), les problèmes sous-jacents (nombre de patients à gérer, charge de travail...) n'étaient pas abordés, le contexte hospitalier ne poussait pas à parler de ces événements(6).

Ces études mettent également en lumière l'importance de l'impact des erreurs sur la pratique des internes : 18 des 26 internes interrogés par Engel *et al.* identifiaient l'apprentissage par l'erreur et les changements de pratiques comme des moyens de surmonter ce moment(7). La quasi totalité des internes interrogés par Wu *et al.* rapportaient au moins une modification dans leur pratique(6), qu'elle soit considérée comme constructive (recherche d'informations ou d'avis des collègues, vigilance accrue) ou, moins souvent, défensive (ne plus révéler ses erreurs, éviter des situations similaires). Un quart des internes avaient augmenté le nombre de demandes d'examens complémentaires. Les 10 internes interrogés par E. Venus rapportaient aussi au moins un changement, qu'il soit considéré comme constructif (plus de vérifications, améliorations cliniques) ou défensif (remise en cause des compétences, recherche d'avis ou d'examens supplémentaires)(26).

### 5. Faut-il parler de ses erreurs ?

Pour Wu(24), la discussion entre collègues est un bon moyen pour contrer l'isolement que


(CC BY-NC-ND 2.0)

peut ressentir le médecin qui pense avoir commis une erreur. Dans l'étude d'Engel *et al.*(7), un des mécanismes évoqués par les internes pour surmonter ce traumatisme était effectivement la discussion entre collègues, qu'elle se fasse avec d'autres internes ou avec les médecins référents, dans un cadre informel ou au cours de réunions dédiées. Ces réunions dédiées, des revues de morbidité et de mortalité le plus souvent, ont l'intérêt de permettre d'analyser les causes éventuelles de l'erreur et d'en tirer parti, pour la pratique future. Dans la revue de Schwappach *et al.*(5), peu d'études concernaient des interventions destinées à aider les médecins à gérer leurs erreurs (six articles sur les 32 inclus). Parmi celles-ci, la plupart concernaient effectivement des revues de morbidité et de mortalité, qui permettent cet échange d'expériences entre médecins de différentes générations et restent en lien avec les soins délivrés dans le service.

Dans son étude en soins primaires(25), Chanelière retrouvait le même besoin des médecins de partager leur expérience : 13 des 15 médecins interrogés proposaient la discussion entre collègues comme élément de prise en charge des événements indésirables, la plupart sous la forme de groupes de pairs. Six médecins souhaitaient même pouvoir participer à des ateliers basés sur des situations d'erreurs. Également dans un contexte de soins primaires, un atelier organisé dans le cadre du programme Éviter l'évitable de La Revue Prescrire a permis de recueillir les impressions de 90 participants sur l'intérêt de travailler sur les événements indésirables(27). Soixante-et-un participants évoquaient ainsi les freins psychologiques à parler de ses erreurs (citant « la peur, la culpabilité, le jugement, la honte »). Ils étaient toutefois plus nombreux à reconnaître l'utilité d'en parler : 79 participants évoquaient le partage de l'expérience, l'amélioration des pratiques, l'apprentissage par l'erreur, le fait d'éviter que les situations ne puissent se reproduire...

Dans la thèse d'Emily Venus(26), 11 des 35 réponses à l'item du questionnaire consacré à ce qui aurait pu aider les internes à mieux gérer leur erreur évoquaient également une discussion avec des collègues. Là aussi, différentes formes étaient plébiscitées : discussion informelle, groupes d'analyse de l'erreur, groupes Balint... Au cours des entretiens individuels, à la même question, neuf des 10 internes interrogés sont aussi demandeurs de groupes de discussion, en particulier entre pairs (pour six internes). Les buts de ces groupes de discussion seraient de partager leur vécu et de prévenir des erreurs identiques chez leurs collègues. De tels groupes ont lieu, dans le cursus de médecine générale de la faculté de Saint-Étienne, et ont été décrits dans la thèse de Catherine Favier Arnaudier(14). Les entretiens individuels avec des internes ayant assisté à ces séances ont révélé qu'elles étaient bien acceptées et que la plupart des internes consentaient volontiers à raconter une de leurs erreurs. La discussion, orientée vers l'analyse de la situation et du vécu par un intervenant médecin généraliste, permettait de rompre l'isolement ressenti par les internes après une erreur. Elle les amenait à la fois à « se rassurer, se déculpabiliser » et à « évacuer, verbaliser ce qu’ils portaient sur la conscience ».


(CC BY-NC-ND 2.0)

En somme, le partage de son expérience est un des moyens plébiscités par les médecins, pour les aider à gérer les conséquences des événements indésirables. Une telle approche peut être réalisée par différents moyens : discussions informelles entre soignants, déclarations des événements indésirables, comme cela existe pour les abonnés à la Revue Prescrire, par exemple(28), ou sous la forme de discussions structurées ayant pour but l'analyse des EIAS. Ce type de démarche peut s'inscrire dans une réflexion plus globale autour de la qualité et de la sécurité des soins, impliquant à la fois les soignants et leur environnement technique, humain et organisationnel. Cette réflexion, qui se développe depuis la fin des années 90 en particulier, s'articule autour du concept de culture de sécurité.

# 2. Culture de sécurité dans les systèmes de soins

## 1. Définitions et concepts

### 1. *Un concept issu de l'industrie nucléaire*

La notion de culture de sécurité est apparue à la suite de la catastrophe de Tchernobyl, dans les rapports d'analyse de l'accident édités par l'Agence Internationale de l'Énergie Atomique (AIEA). L'expression *safety culture* est ensuite reprise dans des rapports de sûreté, rédigés par l'*International Nuclear Safety Advisory Group* pour l'AIEA. C'est justement dans un rapport intitulé *Safety Culture* (traduit par « culture de sûreté », dans la version française) qu'elle sera définie comme suit :« La culture de sûreté est l'ensemble des caractéristiques et attitudes qui, dans les organismes et chez les individus, font que les questions relatives à la sûreté des centrales nucléaires bénéficient, en priorité, de l'attention qu'elles méritent en raison de leur importance »(29). Dès l'introduction du rapport, les auteurs insistent sur le fait qu'elle est « le moyen d'assurer qu'une grande attention est prêtée à la sûreté tant par les organismes que par les individus » et qu' « un très haut niveau de sûreté ne peut être atteint qu'à la condition que chacun adhère à cet objectif commun ». Les grands principes énumérés dans ce contexte du nucléaire civil sont similaires à ceux d'autres secteurs où une grande fiabilité est nécessaire, comme le contrôle aérien ou la gestion des porte-avions. Ces trois types d'organisations répondent notamment à trois exigences, comme le rappelle James Reason, psychologue qui a beaucoup travaillé sur l'erreur médicale et la sécurité des soins : ils sont complexes, dynamiques et avec une grande interactivité aux moments nécessaires ; ils répondent à des tâches exigeantes avec une grande réactivité ; ils exécutent ces tâches en maintenant un taux d'incidents très bas et quasiment aucun accident grave(30).


(CC BY-NC-ND 2.0)

### 2. *Adaptation et définition dans le domaine de la santé*

Dès les années 1990, certains auteurs étudient ces organisations et leurs très faibles taux d'accidents, dans le but de s'en inspirer. C'est encore à partir de la publication du rapport *To Err is Human*, par l'*Institute of Medicine* américain, que le concept va s'imposer dans le domaine de la santé. Ses auteurs illustrent le concept de culture de sécurité (expression retenue par la suite, dans le domaine de la santé) par des exemples effectivement tirés de l'industrie et de l'armée de l'air américaines(2). Ils en tirent des recommandations, parfois très précises, articulées autour de 5 axes principaux : la mise en place d'un management tourné vers la culture de sécurité ; la conscience des limites humaines dans les processus de soins ; la promotion d'un esprit d'équipe efficace ; l'anticipation des situations inattendues ; l'instauration d'un environnement favorable à l'apprentissage.

Dès lors, le concept de culture de sécurité va être largement repris et étudié. De nombreuses définitions sont proposées, comme l'illustre la revue de la littérature de Halligan *et al.*, publiée en 2010(31). La définition la plus utilisée est reprise de l'Autorité de Sûreté Nucléaire britannique, qui la décrit comme « le produit de valeurs individuelles et collectives, d'attitudes, de compétences et de modèles de comportements qui déterminent l'engagement, le style et la maîtrise des programmes de santé et de sécurité d'une organisation. Les organisations ayant une culture de sécurité positive sont caractérisées par des communications portées par une confiance mutuelle, des perceptions communes de l'importance de la sécurité et la confiance dans l'efficacité des mesures préventives »(32).

La définition actuellement retenue par la HAS est celle de la Société européenne pour la qualité des soins (*European Society for Quality in Healthcare* - ESQH), qui est plus spécifique au domaine de la santé et introduit la notion de dommage lié aux interventions de soins : « La culture de sécurité désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, cherchant continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins »(33).

### 3. *Cadres conceptuels et dimensions de la culture de sécurité en santé*

Différents théories et cadres conceptuels ont été bâtis autour de la notion de culture de sécurité, sans qu'aucun consensus n'émerge véritablement(31). Ceux-ci servent souvent de base aux études et évaluations de la culture de sécurité dans les systèmes de santé. Les dimensions de la culture de sécurité les plus communément retrouvées par Halligan *et al.* en 2010 sont :

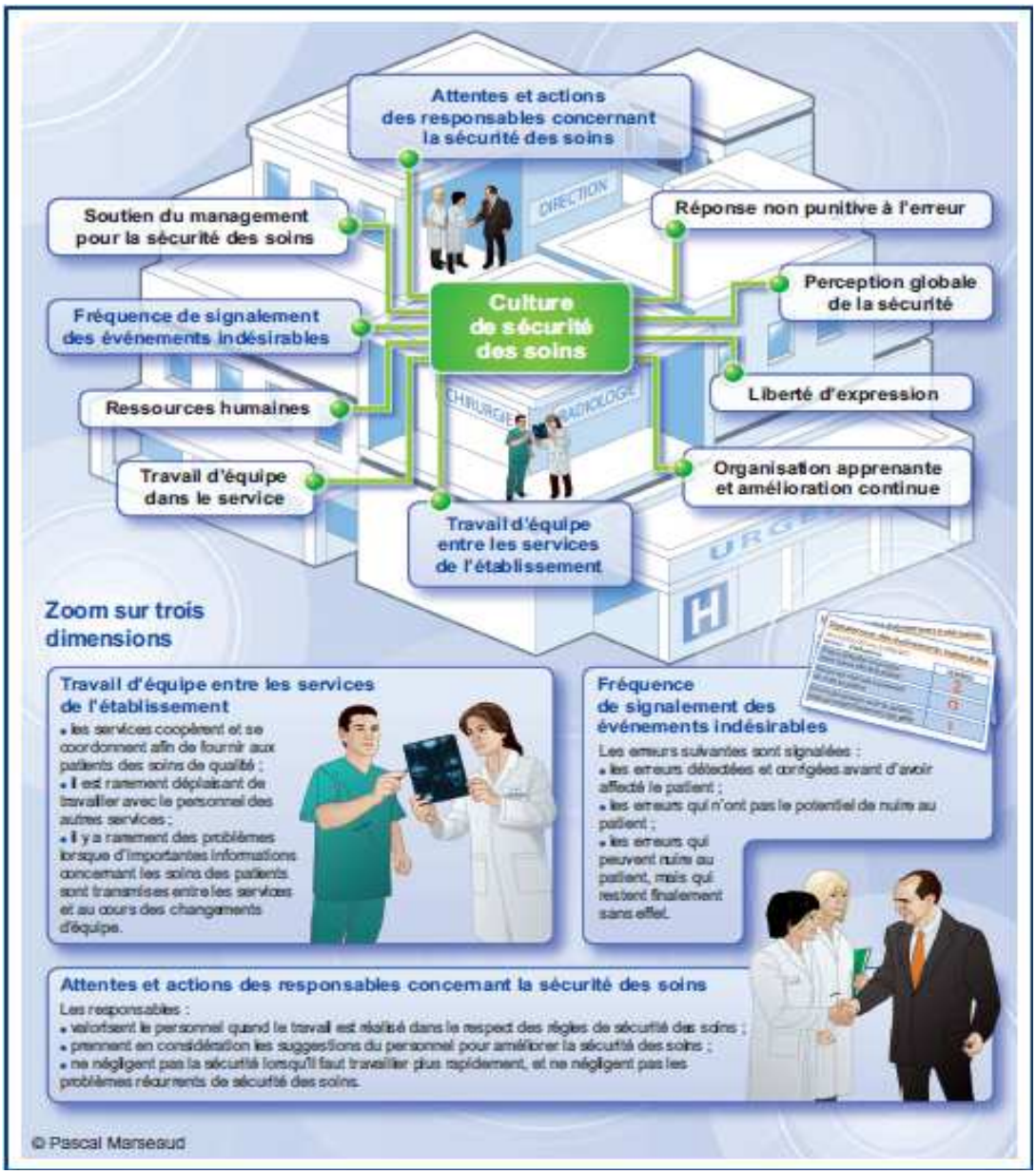
- un engagement hiérarchique envers la sécurité ;
- une communication ouverte et basée sur la confiance ;


(CC BY-NC-ND 2.0)

- une organisation tournée vers l'apprentissage ;
- une approche non punitive des EIAS, basée sur leur déclaration et leur analyse ;
- un travail en équipe ;
- une croyance partagée dans l'importance de la sécurité des patients.

L'un des cadres conceptuels les plus repris et utilisés est celui de l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), qui l'a développé pour son outil de mesure dit HSOPSC (*Hospital Survey On Patient Security Culture*). Il est organisé en 10 dimensions, qui explorent les niveaux institutionnels du service et de l'établissement hospitalier(34). Repris par la HAS pour l'adaptation de son propre questionnaire d'évaluation, il est illustré dans la figure 1, ci-dessous(33).

**Figure 1 : Dimensions de la culture de sécurité (HSOPSC adapté par la HAS)**





(CC BY-NC-ND 2.0)

En soins de premier recours, une équipe de l'université de Manchester a développé un cadre de travail adapté : le *Manchester Patient Safety Framework* (MaPSaF)(35). Celui-ci est organisé en neuf dimensions, explorées en cinq niveaux de culture de sécurité, selon l'implication de l'équipe de soins. Les dimensions explorées recoupent celles de l'AHRQ :

- engagement d'ensemble pour la qualité ;
- priorité donnée à la sécurité des patients ;
- perception et identification des causes des incidents liés à la sécurité des patients ;
- investigation de ces incidents ;
- enseignements tirés par l'organisation dans les suites d'un incident ;
- communication autour des enjeux de sécurité ;
- implication des ressources humaines dans les enjeux de sécurité ;
- éducation et entraînement en équipe autour des enjeux de sécurité ;
- travail d'équipe autour des enjeux de sécurité.

Les deux cadres de travail et les questionnaires d'évaluation qui y sont liés (HSOPSC et MaPSaF) font notamment partie des méthodes retenues par l'ESQH(36).

## 2. Approche individuelle et approche systémique

### 1. *L'approche individuelle du risque*

Reason rappelait en 2000 que la réponse la plus répandue et la plus commune à un EIAS se concentrait sur l'individu(30). Les soignants y répondent eux-mêmes souvent par des changements au niveau personnel, comme on le retrouve dans les études citées plus haut. Ce sont par exemple les changements dans la démarche clinique, les demandes d'examens, les prises en charges thérapeutiques, les démarches de formation individuelle, que l'on retrouve aussi bien chez les médecins seniors(23), (25) que chez les internes(6), (7), (26).

Les organisations de soins tendent à répondre également sur le plan individuel. Selon Reason(30), cela consiste à considérer l'EIAS comme le résultat d'un comportement individuel tel que la distraction, l'inattention, la négligence ou l'imprudence. Les réponses données se concentrent donc également sur les individus : au mieux, campagne de sensibilisation ou stages de formation ; au pire, mesures disciplinaires, blâmes, voire poursuites à l'encontre des fautifs. Ce type de réactions paraît notamment plus simple que la remise en cause de l'organisation et est, de ce fait, plus facilement mis en œuvre par son équipe dirigeante.


(CC BY-NC-ND 2.0)

### 2. *L'approche systémique du risque*

À cette approche individuelle, Reason oppose une vision systémique. Pour l'illustrer, il a développé le modèle du fromage suisse : le système de soins est organisé en barrières successives (humaines, techniques, administratives, liées aux protocoles de soins...), chacune permettant en théorie de bloquer et de rattraper les situations à risque. En pratique, ces barrières sont percées de trous, qui ouvrent une trajectoire à un accident potentiel. Dans l'approche systémique des EIAS, l'objectif est d'identifier ces trous et de trouver des moyens de les combler. Ces trous appartiennent à deux grandes catégories. La première est la défaillance active, action d'origine humaine (oubli, mauvaise utilisation d'un produit ou d'un protocole...) qui est, en général, directement associée à un événement indésirable. La deuxième est la cause latente, qui regroupe un ensemble de conditions qui ne sont pas à l'origine directe d'incidents mais permettent leur survenue, telles que le sous-effectif, les délais de travail courts, les équipements ou procédures de soins inadaptés... Plutôt que de se concentrer sur les premières, comme dans l'approche individuelle, l'objectif de l'approche systémique est d'identifier les failles dans ces deux catégories. Ainsi, une organisation ayant une bonne culture de sécurité privilégiera cette vision et développera des stratégies visant à optimiser les conditions dans lesquelles le personnel travaille, plutôt qu'à sanctionner les comportements inadaptés(30), reprenant la trame des dimensions de culture de sécurité citées ci-dessus.

## 3. Mesure et évaluation de la culture de sécurité

### 1. *En secteur hospitalier*

Afin d'étudier le niveau de culture de sécurité des systèmes de soins, des outils de mesure ont été développés, d'abord pour être utilisés dans des services ou établissements hospitaliers. La majorité de ces outils consistent en des questionnaires auto-administrés, distribués aux équipes soignantes ou à leur encadrement(33). L'un des premiers questionnaires développés et qui est encore aujourd'hui le plus utilisé est le questionnaire HSOPSC de l'AHRQ états-unienne, évoqué plus haut(34). Ce questionnaire comprend 35 items qui permettent d'explorer les 10 dimensions du cadre conceptuel, ainsi que 9 items concernant des indicateurs de sécurité des patients. Il a été adapté dans de nombreuses autres langues et pour d'autres pays. Ainsi, une traduction de ce questionnaire, en 40 items, est utilisée par la HAS depuis 2007(37). De nombreuses autres échelles ont été créées. Les plus fréquemment utilisées sont le *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), le *Patient Safety Culture in Healthcare Organizations* (PSCHO) et le *Modified Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument* (MSI)(31).

Les études qualitatives, bien que moins utilisées, peuvent également permettre d'explorer certaines dimensions de la culture de sécurité d'une organisation, par la réalisation d'entretiens semi-


(CC BY-NC-ND 2.0)

dirigés, d'audits cliniques ou l'étude des procédures ou des politiques de sécurité(33).

### 2. *En soins de premier recours*

Certains outils ont été spécifiquement dédiés à l'étude de la culture de sécurité en soins de premiers recours. L'un de ces outils, validé par l'ESQH, est représenté par la MaPSaF. Cet outil prend la forme d'un cadre de travail permettant d'explorer neuf dimensions de la culture de sécurité d'une organisation, chacune sur cinq niveaux, représentant des phases croissantes d'attention portée à la sécurité des patients(38). Les cinq niveaux sont, là encore, adaptés de travaux sur le milieu industriel(39). Il s'agit des niveaux :

- pathologique (pas d'engagement dans la culture de sécurité) ;
- réactif (réactions après des incidents) ;
- bureaucratique (systèmes mis en place pour la gestion des risques) ;
- proactif (alerte permanente vis-à-vis des enjeux de sécurité) ;
- génératif (intégration totale de la gestion des risques dans l'ensemble des activités).

D'autres auteurs ont cherché à développer des outils dédiés aux soins de premiers recours, notamment en adaptant le questionnaire HSOPSC, à l'exemple de l'équipe néerlandaise du Dr Verbakel(40).

## 4. Comment améliorer la culture de sécurité d'une organisation ?

### 1. *Types d'interventions*

Les stratégies d'interventions dans les organisations de soins destinées à améliorer leur culture de sécurité sont multiples. Dans une revue effectuée fin 2012, Weaver *et al.* en recensent les principaux types(41). L'entraînement d'équipe, tout d'abord, consiste en des formations réunissant l'équipe soignante autour de thèmes comme la communication, la coopération, la collaboration, visant à améliorer les connaissances, les habilités et les attitudes sur le travail en équipe. Une autre stratégie est la réalisation de visites de services de la hiérarchie de l'institution. Ces visites ont pour but de discuter et d'analyser les pratiques de soins, directement avec les personnels concernés, de montrer l'implication et la motivation des responsables de l'établissement. Elles sont aussi un moyen, pour ces responsables, d'encourager les bonnes pratiques auprès des soignants. Des tours de services réunissant des représentants de différentes disciplines peuvent également être mis en place. Les discussions entre professionnels (médecins, pharmaciens, biologistes...) ayant différents angles de vue sur la sécurité des patients doivent permettre d'améliorer la qualité de leur prise en charge.

De très nombreuses autres stratégies existent et ont été décrites. Elles associent souvent différents types d'interventions, dans des politiques de sécurité des soins globales visant à intégrer


(CC BY-NC-ND 2.0)

dans une équipe de soins à la fois de nouveaux comportements (entraînements d'équipes, enseignement continu...) et des outils validés (protocoles ou algorithmes de soins)(41). Elles peuvent aussi associer des équipes externes aux services cliniques, dédiées à la sécurité des patients, pratiquant des audits sur les pratiques ou mettant à disposition des informations sur la sécurité des patients(31).

### 2. *Impact sur la sécurité des patients*

Globalement, les preuves d'efficacité des interventions en terme d'indicateurs de sécurité des patients sont faibles. De nombreuses études utilisent des protocoles de comparaison « avant-après », de faible niveau de preuve, et beaucoup comportent des biais affaiblissant la puissance statistique des résultats.

Parmi les 33 études incluses dans la revue de Weaver *et al.*, seules six rapportent des résultats concernant des indicateurs de sécurité des patients. Ceux-ci sont jugés de faible niveau de preuve, en raison de biais d'analyse ou de la conception méthodologique des études(41).

Dans une revue de 2011, Ko *et al.* rapportent les résultats d'études concernant l'impact de checklists destinées à être utilisées par le personnel soignant(42). Là encore, les résultats sont de faible niveau de preuve, car issus de comparaisons historiques, et parfois fortement affaiblis par des biais méthodologiques. Les auteurs mentionnent tout de même des résultats positifs, notamment en ce qui concerne la durée d'hospitalisation. Une autre revue de 2012, concernant l'impact de checklists uniquement en milieu chirurgical, rapporte des résultats positifs pour les complications chirurgicales, la détection d'événements porteurs de risques et la communication au sein des équipes(43). Ces résultats sont issus de comparaisons historiques de type « avant-après », de séries de cas ou d'études qualitatives. Ils sont donc également de faible niveau de preuve.

Dans une autre revue de 2014, Gjeraa *et al.* ont étudié les effets de l'entraînement d'équipe, via des simulations, dans des unités de prise en charge de polytraumatismes(44). Treize publications ont été incluses dans cette revue ; seules deux montraient des progrès sur des indicateurs cliniques liés au temps de prise en charge des patients, avec de faibles niveaux de preuve (études de comparaisons historiques).

En 2006, Hofmann *et al.* retrouvaient une corrélation positive entre le niveau de culture de sécurité des infirmiers et deux indicateurs de sécurité : infections urinaires et erreurs médicamenteuses(45). Ces résultats, issus des données collectées pour une étude de plus grande envergure et testant onze hypothèses, sont également de faible niveau de preuve.


(CC BY-NC-ND 2.0)

#### 3. *Déclaration et analyse des événements indésirables*

Nous avons volontairement laissé de côté d'autres techniques utilisées comme outils d'amélioration de la culture de sécurité des soins, à savoir la déclaration des EIAS et leur analyse, qui font partie des dimensions les plus souvent citées de la culture de sécurité(31), (34), (38). Ces approches peuvent avoir lieu sous la forme d'analyses de scénarios extérieurs à un service, comme cela a été fait en Aquitaine, par exemple(46).

Une des méthodes les plus anciennes et les plus répandues, notamment en secteur hospitalier, est la revue de morbidité et de mortalité (RMM), qui permet à un groupe de soignants de revenir sur des situations marquées par un événement indésirable, d'en discuter les causes ou les facteurs favorisants et d'en tirer des enseignements.

## 3. La revue de morbidité et de mortalité

### 1. Définition

#### 1. *Qu'est-ce qu'une revue de morbidité et de mortalité ?*

La revue de morbidité et mortalité, souvent abrégée en revue de morbi-mortalité (RMM), est une analyse collective et rétrospective de situations cliniques marquées par la survenue d'un événement indésirable(8). Il s'agit d'une analyse systémique, qui a pour but de prendre en compte la globalité de la situation de soins : aspects humain, technique, environnemental, organisationnel, *etc.*, de manière à construire des défenses permettant de diminuer le risque de survenue d'erreurs ou d'atténuer leurs conséquences(30). Il ne s'agit pas de trouver un responsable à l'événement indésirable, mais d'analyser toutes les causes concourant à sa survenue.

Une RMM se déroule en plusieurs étapes :

- description chronologique du cas, de la manière la plus exhaustive possible, en essayant d'impliquer tous les soignants responsables de la prise en charge ;
- repérage et analyse des différents dysfonctionnements au cours de la prise en charge, en essayant à chaque fois de remonter à la racine du problème ;
- proposition d'actions d'amélioration des pratiques, permettant théoriquement de diminuer le risque de survenue ultérieure des dysfonctionnements ;
- suivi des actions d'amélioration mises en œuvre et évaluation de leur efficacité.

#### 2. *Quels types de cas sont analysés ?*

Par définition, une RMM implique de travailler à partir de situations cliniques ayant posé


(CC BY-NC-ND 2.0)

problème. Cela inclut deux principaux types de cas :

- les événements indésirables avérés, avec une issue défavorable pour le patient, qu'il s'agisse d'un décès, d'une complication inattendue, d'un effet secondaire médicamenteux, d'un problème de coordination des soins... ;
- les événements dits « porteurs de risques », qui auraient pu causer un dommage au patient (appelés également « presque accidents » ou *near miss*). Il s'agit de situations où une barrière a permis d'éviter l'événement indésirable, avant sa survenue. Ces situations sont intéressantes à double titre : repérage et analyse des causes d'un dysfonctionnement, mais également de facteurs protecteurs efficaces contre celui-ci.

Comme il est rappelé dans le guide méthodologique, publié fin 2009 par la HAS(8), toute situation marquée par une morbidité ou un décès peut être présentée, même si celle-ci n'est pas a priori directement liée à une intervention de soin. L'analyse d'un événement s'inscrivant dans l'histoire naturelle d'une pathologie, avec une prise en charge considérée comme optimale, peut être instructive et apporter des réflexions complémentaires, qui permettront tout de même une amélioration de la qualité de soins.

Les cas peuvent être recueillis selon plusieurs modalités :

- recueil systématique des cas impliquant un EIAS ;
- repérage des cas sur une période prédéfinie avant la réunion ;
- cas présentant une issue inattendue ou inhabituelle ;
- cas porteurs d'un événement particulier, dit « événement sentinelle », déclenchant une vigilance accrue (en cas de transfusion, par exemple) – la présentation en RMM sera alors réalisée si l'issue du cas est défavorable ;
- recherche parmi les cas en rapport avec un thème prédéfini (traitement particulier, type de pathologie ou de prise en charge...).

### 3. *Qui participe ?*

Une RMM réunit idéalement les équipes médicales impliquées dans la prise en charge de l'événement indésirable analysé. La mise en œuvre est généralement confiée à un médecin expérimenté, connaissant bien la démarche et reconnu par ses pairs.

Les participants sont les médecins du service, y compris les internes, voire les étudiants, lorsque celle-ci est mise en place en milieu hospitalier. Elle peut, dans ce cas, dépasser l'implication d'un seul service et concerner un pôle d'activité.

Ce type de démarche peut également être conduit en soins ambulatoires, au sein d'un groupe de soignants se réunissant régulièrement(47). Ce groupe peut alors être constitué autour de la RMM,


(CC BY-NC-ND 2.0)

ou bien en organiser de manière régulière, parmi d'autres démarches de formation professionnelle.

Dans tous les cas, la présence d'autres personnels que les médecins est souhaitable pour permettre une analyse plus approfondie et la diffusion la plus large des actions d'amélioration : équipe paramédicale du service, autres praticiens extérieurs au service, mais impliqués dans la prise en charge (biologiste, radiologue...) ou, en ville, pharmaciens, personnels paramédicaux libéraux...

Tous les participants sont tenus au secret professionnel.

## 2. Historique

### 1. *Premières revues de morbi-mortalité*

La méthodologie mise en œuvre dans une RMM est d'abord apparue dans les services de chirurgie américains, sous l'impulsion du Dr Codman, un chirurgien du Massachusetts qui développa le concept de *end results*. Ce médecin milita pour l'enregistrement du résultat des prises en charge chirurgicales et, le cas échéant, pour la recherche et l'analyse des causes des résultats décevants. Il souhaitait également l'ouverture de ces registres au public et la création de comités chargés de corriger les causes retenues. Ses idées influencèrent l'*American College of Surgeons*, qui intégra la méthode de RMM à ses standards de pratique hospitalière dès 1916. Elle fut également reprise, au sein de l'*Anesthesia Mortality Committee*, puis de l'*Anesthesia Study Commission*, par la Société Médicale du Comté de Philadelphie, avec pour objectif de discuter et de faire partager les connaissances issues de cas de décès, puis d'autres événements indésirables, en anesthésie(9). L'utilisation des RMM se généralisa dans les services de chirurgie et d'anesthésie des États-Unis. Leur mise en place fut rendue obligatoire par l'*Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME), dans les services impliqués dans la formation initiale des chirurgiens, en 1983. Elles font désormais partie des programmes de formation initiale de nombreuses spécialités médicales aux États-Unis, bien au-delà de la sphère de la chirurgie et de l'anesthésie, notamment en pédiatrie ou en médecine interne(13). En France, la RMM apparaît en milieu hospitalier, dans les années 1990, et se développe surtout dans les années 2000(10). G. Bal *et al.* recensent ainsi 4 publications françaises qui y sont consacrées, datées entre 2000 et 2007, détaillant des expériences qui se sont parfois généralisées dans certains établissements, impliquant un grand nombre de services.

### 2. *Évolution vers une démarche d'amélioration des pratiques*

Parallèlement à sa vocation pédagogique initiale, la RMM a continué à évoluer vers une véritable démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'objectif devient le repérage et l'analyse des dysfonctionnements ayant amené à un événement indésirable, comme le


(CC BY-NC-ND 2.0)

définit la HAS dans son guide méthodologique(8). Ainsi, de nombreuses expériences ont été conduites, dans des services de différentes spécialités (chirurgie, anesthésie, gastro-entérologie, gynécologie-obstétrique...). Les modalités pratiques de ces réunions sont variées, tant dans la périodicité ou la durée de chaque revue, que dans les personnels impliqués, la sélection des cas ou l'objectif (plutôt pédagogique ou d'amélioration de la qualité des soins)(10). L'intérêt de la méthode a cependant amené la HAS à l'intégrer dans les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles, nécessaires à la certification des établissements de santé. La RMM est donc désormais obligatoire, dans les services de chirurgie, anesthésie-réanimation et cancérologie français(21).

### 3. La revue de morbi-mortalité en soins de premier recours

La méthode de la RMM peut s'adapter à de nombreuses pratiques, comme le montre la diversité des services hospitaliers dans laquelle elle s'est implantée. C'est d'abord par son aspect pédagogique qu'elle s'est développée dans les services de médecine de premier recours (*family medicine*), aux Etats-Unis. Sans faire partie des standards de l'ACGME pour cette spécialité, elle est intégrée dans les programmes de formation des internes de nombreuses universités, comme le montre l'étude de RA Gillies *et al.* en 2007 : 205 centres de formation d'internes de *family medicine* faisaient état d'une RMM dans leur établissement(48). Un article canadien décrivant la mise en place d'une telle revue à l'hôpital St Mary, à Montréal, fait état de 7 établissements ayant adopté la méthode dès 1998(49).

En France, la HAS a récemment publié une synthèse méthodologique, promouvant spécifiquement la RMM auprès des médecins généralistes(47). Elle y est présentée comme une méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle fait d'ailleurs partie des méthodes d'analyse des pratiques reconnues par la HAS, dans le cadre du développement professionnel continu (DPC)(50). Les premières revues dont on retrouve la trace datent de 2007 et sont décrites dans la thèse d'Arnaud Persin(11). Elles furent organisées au sein de l'Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire (AMMPPU) et durèrent jusqu'en 2010. Il en existe également à Lyon, organisées au sein d'une association indépendante de DPC, les Conférences Paul Savy, qui durent depuis 2010(51). Ces dernières ont fait l'objet d'une publication, qui en présente un bilan après deux années d'existence(12). Des revues de morbi-mortalité sont également à la base de travaux consacrés à la prise en charge de la crise suicidaire(52),(53) et à la gestion des appels téléphoniques reçus au cabinet(54), par les médecins généralistes. Dans ces deux cas, la méthode est utilisée comme un outil pédagogique, afin d'explorer spécifiquement un aspect de la pratique du généraliste.

Des RMM pluri professionnelles ont également été expérimentées. La HAS, conjointement avec la CEPPRAL (Coordination pour l'Évaluation des Pratiques Professionnelles en Rhône-Alpes), ont aidé à la mise en place de groupes réunissant des médecins, des infirmières, des kinésithérapeutes et d'autres


(CC BY-NC-ND 2.0)

professionnels libéraux, avec si possible des représentants de patients, dans diverses régions françaises, en particulier en Rhône-Alpes. Un bilan en a été réalisé en 2013, après deux années d'expérimentation, dont les résultats ont été jugés positifs(55). Des protocoles ont ainsi pu être créés entre les différents professionnels libéraux, afin d'améliorer la prise en charge de leurs patients communs. On trouve un autre exemple de RMM pluri professionnelle dans le groupe monté sur le territoire de Roquefort-les-Pins et qui a également permis de mettre en place un protocole de prise en charge des patients sous AVK(56). Globalement, les participants de tous ces groupes se sont montrés satisfaits du travail effectué en RMM.

Ces quelques expériences ne sont probablement que la partie émergée de l'iceberg, la plupart des programmes de développement professionnel continu ne donnant pas lieu à des publications.

## 4. La revue de morbi-mortalité dans la formation initiale des médecins

Comme nous l'avons vu plus haut, les revues de morbi-mortalité sont, à l'origine, presque indissociables de leur caractère pédagogique et, à ce titre, elles ont rapidement été utilisées dans la formation initiale des futurs médecins. De nombreuses équipes, en particulier américaines, décrivent d'ailleurs leur formule pour améliorer la qualité et l'intérêt de leurs conférences(57) ou pour respecter les standards d'éducation demandés par l'ACGME(58),(59). L'évaluation de ces différentes initiatives est malheureusement peu fournie : des résultats préliminaires semblent montrer un intérêt des internes pour la revue de morbi-mortalité, dans l'étude de Kravet *et al.(59)*. Dans celle de Gillies *et al.(48)*, l'assiduité des internes aux revues de morbi-mortalité des services de *family medicine* était proche de 70%. En 1999, Harbison *et al.*, au moyen d'un questionnaire de type échelle de Likert, retrouvèrent des avis plutôt favorables des internes à propos des revues de morbi-mortalité, cependant moins que celui des chirurgiens seniors qui y participaient également(60). La question sur les objectifs montrait globalement une bonne compréhension du but des réunions (éducation, réduction des erreurs, qualité des soins) tant chez les chirurgiens que chez les internes. Ceux-ci étaient plus nombreux à espérer des conférences plus ouvertes et ne leur demandant pas d'être sur la défensive, leurs seniors attendant plutôt une meilleure incorporation de standards d'assurance qualité.

Certaines publications décrivent des RMM dédiées spécifiquement à des internes ou des étudiants. L'étude de Bechtold *et al.*, par exemple, présente les profonds changements faits dans une RMM de service, pour la rendre plus efficace en terme d'amélioration de la qualité des soins chez les internes(57). Dans un article de 2011, Dudas *et al.* décrivaient la mise en place d'un cours consacré à la sécurité des patients, dont une partie consistait en l'analyse d'un EIAS proposé par un interne(61). Ces expériences restaient directement connectées au service ou à l'hôpital qui accueillait les étudiants. En France, on peut citer le travail de Catherine Favier Arnaudier,


(CC BY-NC-ND 2.0)

concernant les groupes d'analyse consacrés à l'erreur médicale de la Faculté de Médecine de Saint-Étienne(14). Ces derniers étaient très semblables à des revues de morbi-mortalité. Les cours et ateliers décrits dans ces trois dernières publications étaient également bien accueillis par les participants.

## 5. Intérêt et évaluation de la revue de morbi-mortalité

Malgré la diffusion de la méthode et un grand recul d'utilisation, son évaluation reste jusqu'à présent peu fournie. La plupart des études réalisées ont porté sur ses apports pédagogiques, le plus souvent grâce à des enquêtes déclaratives, comme on peut le constater dans la revue de G. Bal *et al.* (10). De nombreux auteurs rapportent ainsi des changements dans des protocoles ou les pratiques de soins, suite à des revues de morbi-mortalité. Certaines études permettent de montrer une bonne acceptabilité de la méthodologie et des taux de satisfaction des participants élevés, à l'instar de celle d'Harbison *et al.(60)*.

La méthode a cependant des limites, en particulier quand les objectifs initiaux sont déviés. Comme le rappelle la HAS, dans son guide méthodologique(8), la RMM ne doit pas donner lieu à la présentation de cas difficiles ou atypiques, où le raisonnement clinique devient prépondérant sur l'amélioration de la qualité des soins. La revue de Schwappach *et al.*(5) donne d'autres exemples de programmes de RMM, où les cas présentés ne concernent plus des événements indésirables ou dans lesquels les erreurs ne sont pas ou peu discutées. Dans l'étude de Wu *et al.* en 1991(6), près de la moitié des internes ayant discuté de leur erreur au cours de RMM estimaient que les causes sous-jacentes n'avaient pas été abordées...

Les études portant réellement sur des indicateurs de qualité des soins sont, en revanche, très rares et leurs résultats sont de faible niveau de preuve et contradictoires. Au début des années 2000, Papiernik *et al.(62)* présentèrent les résultats d'un audit des pratiques obstétricales, décrit comme une « analyse systématique et critique de la qualité des soins, incluant les procédures et les résultats », portant sur tous les décès périnatals survenus en Seine-Saint-Denis entre fin 1989 et fin 1992. Les résultats de cet audit furent publiés en deux temps aux mois de novembre 1991 et 1993 et servirent d'« instrument d'analyse critique des pratiques, lors de réunions » régulièrement organisées par la suite, au sein d'un réseau de soins périnatals dans ce même département. Au cours de cette période, la mortalité néonatale dans le département est passée de 10,5‰ en 1990 à 6,5‰ en 1993, alors que celle-ci était restée stable sur le plan national et avait stagné dans le département durant la période de surveillance précédente. S'il est difficile de rattacher directement cette baisse à l'audit, dont seuls des résultats partiels avaient été publiés avant fin 1993, celle-ci est, en revanche, confortée par des diminutions significatives des taux de décès ante et perpartum entre les périodes 1989-1992 et 1996-1998, puis 1998-1999, rapportés dans les résultats de l'étude. Le taux de


(CC BY-NC-ND 2.0)

naissances prématurées avant 33 semaines d'aménorrhée en maternités de niveau 3 (réanimation néonatale) est, quant à lui, passé de 13 à 65% entre les périodes 1989-1992 et 1998-1999 (ces mêmes naissances en maternités de niveau 1 – sans service de pédiatrie associé - passant de 49 à 5,4%)(63). Cet indicateur était une des principales mesures prises, suite à l'audit clinique(62).

Entre 2005 et 2007, l'équipe de Rudigoz *et al.* a revu de manière systématique tous les cas de décès déclarés au sein du réseau Aurore, réseau de soins périnatals en Rhône-Alpes(64). Les cas de décès suite à une prise en charge jugée inadaptée par l'équipe responsable et les décès dans des situations présentant des facteurs de risques particuliers (pathologie maternelle, retard de croissance in utero...) ont été revus de manière plus approfondie, au cours de revues de morbi-mortalité, où le caractère adapté ou non de la prise en charge a été réévalué par un comité pluridisciplinaire (sages-femmes, obstétriciens, pédiatres). Les résultats de ces réunions étaient ensuite diffusés à l'ensemble du réseau de soins. Sur la période 2005-2007, le taux de prises en charge jugées inadaptées est resté stable, environ 13%, malgré des actions correctrices proposées dans les conclusions des réunions. Cette stabilité est expliquée par les responsables du réseau Aurore notamment par un faible recul (seulement trois années de réunions) et par un niveau initialement bas de prises en charges inadaptées.

En résumé, il n'y a pas de preuves formelles que la revue de morbidité et de mortalité soit efficace pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Cependant, il s'agit d'une méthode qui semble appréciée des professionnels qui l'utilisent et dont les caractéristiques principales répondent à certaines de leurs demandes pour la gestion d'événements indésirables (pouvoir en discuter avec des collègues, analyser l'événement, partager son expérience et celles des autres...). Son utilisation, en France, dans des contextes de soins de plus en plus variés est donc logique, d'autant qu'elle est encouragée par la HAS.


(CC BY-NC-ND 2.0)

# *Méthodes*

## 1. Recherche bibliographique

Afin de faire un état des lieux des connaissances sur le sujet, nous avons réalisé une recherche bibliographique. Celle-ci a débuté en décembre 2012, au moment de la préparation d'un premier travail sur les RMM ambulatoires, et a été poursuivie tout au long de la réalisation de cette thèse, pour être définitivement arrêtée au 23 août 2015.

La recherche a été effectuée en langue anglaise, dans les moteurs de recherche Pubmed et Pascal. Les termes MeSH sur Pubmed ou les mots clés sur Pascal ont été utilisés, lorsque cela était possible, ainsi que les opérateurs booléens usuels.

Sur la base de donnée Pubmed, il n'existe pas de terme MeSH spécifique pour les RMM ; l'équation suivante a donc été utilisée pour toutes les recherches : "morbidity" AND "mortality" AND ("review" OR "committee" OR "conference"). Pour cibler les articles publiés sur les RMM chez les internes, celle-ci a été combinée avec les termes MeSH suivants : "Education, Medical, Graduate", "Students, Medical", "Internship and Residency". Au total, 114 articles ressortent de ces recherches :

- 41 pour l'équation de recherche ("Education, Medical, Graduate"[Mesh]) AND ("morbidity" AND "mortality" AND ("review" OR "committee" OR "conference")), dont 7 traitaient de RMM ; un article a été exclu, car publié en allemand ;
- 10 pour l'équation ("Students, Medical"[Mesh]) AND ("morbidity" AND "mortality" AND ("review" OR "committee" OR "conference")), dont aucun ne traitait des RMM ;
- 86 pour l'équation ("Internship and Residency"[Mesh]) AND ("morbidity" AND "mortality" AND ("review" OR "committee" OR "conference")), dont 13 traitaient des RMM.

Il n'existe pas non plus de mot-clé pour les RMM sur la base de données Pascal. La même équation de recherche que pour Pubmed a été utilisée. Pour cibler les internes, les mots-clés suivants ont été utilisés : "Medical Students", "Internship", "Residents". Les trois équations de recherche utilisées sur la base de données Pascal permettent de retrouver 90 articles, dont seulement trois articles pertinents non trouvés sur Pubmed.

La bibliographie ainsi constituée a été enrichie de recherches connexes, réalisées pour rédiger les chapitres introductifs notamment, et par les références retrouvées dans les articles étudiés.

Le logiciel libre Zotero, en tant que module complémentaire pour le navigateur Firefox, a été utilisé pour organiser et trier ces documents. L'extension Zotero LibreOffice Integration a été utilisée afin d'organiser et éditer la bibliographie de cette thèse.


(CC BY-NC-ND 2.0)

## 2. Présentation et déroulement de l'étude

### 1. Type d'étude

Il a été réalisé une étude qualitative, par la réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès d'internes de médecine générale ayant participé à des RMM dédiées à leur pratique. Ces RMM ont été organisées spécifiquement pour cette étude.

### 2. Constitution des groupes

Le Département de Médecine Générale de la Faculté de Lyon organise des groupes d'Échange de Pratique (GEP), qui regroupent des internes de différents niveaux (du 1er au 6e semestre), regroupés par un tirage au sort réalisé à leur inscription à l'université. Lors des réunions, présidées par un tuteur, médecin généraliste enseignant, chaque interne doit présenter un cas clinique, issu de sa pratique, ainsi qu'une courte recherche bibliographique en rapport avec la situation décrite. L'existence de ces séances et la méthode de constitution des groupes nous ont paru adéquates pour organiser les revues de morbi-mortalité.

Pour obtenir une saturation des données, nous avons estimé à une dizaine, le nombre d'internes à recruter. Compte tenu des effectifs habituels des GEP – entre cinq et dix étudiants, selon les séances –, il a été prévu d'organiser des RMM dans deux groupes différents. Deux tuteurs ont été contactés pour participer à l'étude et ont accepté de mener une revue de morbi-mortalité, à la place d'une des séances habituelles. Les membres de chaque groupe étaient informés par leur tuteur de la venue d'un interne qui aurait besoin de leur participation pour son projet de thèse.

### 3. Déroulement de l'étude

Dans chaque groupe, l'étude s'est déroulée en trois étapes. La première consistait en une séance d'explications sur le projet de thèse, la revue de morbi-mortalité et la participation attendue des internes. Cette séance avait lieu à la fin d'une réunion pour un Groupe d'Échange de Pratique (GEP) classique. A cette occasion, une fiche de procédure était distribuée aux internes présents, récapitulant ces informations (annexe 1). Cette fiche et sa rédaction sont décrites plus bas. La date de tenue de la revue de morbi-mortalité était choisie à ce moment-là, de façon à ce qu'un maximum d'internes de chaque groupe puisse être présent. Quelques jours à quelques semaines après cette première étape, un mail était envoyé à tous les participants, reprenant les informations données et avec la fiche de procédure en pièce jointe. Ce mail était également adressé aux internes n'ayant pu participer à la séance d'information.

La deuxième étape était la revue de morbi-mortalité en elle-même. Son animation devait être


(CC BY-NC-ND 2.0)

assurée par l'auteur de ce travail, aidé du tuteur du groupe. L'auteur était également secrétaire de séance et donc chargé de recueillir, pour chaque EIAS discuté, un résumé de la situation clinique, les facteurs favorisants retenus et les actions d'amélioration proposées par les participants. A la fin de la séance, il était rappelé aux participants qu'ils seraient recontactés individuellement pour des entretiens semi-dirigés, quelques mois plus tard.

Enfin, dans un troisième temps, devaient se dérouler les entretiens avec les internes ayant participé aux RMM.

### 4. Participation des internes

Lors de la séance de présentation du projet, il était demandé aux internes leur accord pour la participation au projet, qui devait se faire sur la base du volontariat. Il était également prévu de leur faire signer une feuille d'émargement, le jour de la RMM, pour confirmer leur participation complète.

Pour le jour de la RMM, chaque interne devait préparer un cas clinique, issu de sa pratique et devant contenir un EIAS, selon la définition retenue (détaillée ci-après). Le cas devait être présenté de manière chronologique et réunir un maximum d'informations sur la situation clinique retenue, de manière à nourrir l'analyse qui en serait faite. Il était demandé d'être synthétique, pour être le plus rapide possible sur la présentation du cas.

Pour les entretiens, les internes étaient recontactés par messagerie électronique et relancés jusqu'à obtention d'un rendez-vous. Celui-ci était donné au domicile de l'interne, à chaque fois que cela était possible, et à la date qui lui convenait le mieux. Quand l'entretien ne pouvait avoir lieu chez l'interne, d'autres lieux étaient proposés, notamment dans les locaux de la Faculté de Médecine de Lyon Est.

### 5. Fiche de procédure de la RMM

Conformément aux standards de qualité que promeut la HAS(8), une fiche de procédure a été rédigée par l'auteur (annexe 1). Celle-ci résumait toutes les informations concernant le déroulement de l'étude, la méthodologie de la RMM et les consignes pour la rédaction du cas clinique à présenter. Cette fiche était distribuée aux participants, le jour de la présentation du projet, puis envoyée par mail à tous les internes susceptibles d'être présents.

Lors de l'élaboration de la fiche de procédure, nous avons retenu la définition de l'événement indésirable selon l'ANAES en 2003 : « situation qui s’écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages »(65). La notion d'écart par rapport à un résultat attendu permet d'inclure des


(CC BY-NC-ND 2.0)

événements sans a priori sur le caractère lié aux soins ou l'évitabilité potentielle et ainsi de prendre en compte « des décès et des complications dus à l'évolution naturelle de la maladie ou du traumatisme », comme le propose la HAS, dans son guide méthodologique sur la RMM(8). De plus, le concept de dommage potentiel explicite l'intérêt de présenter des « presque accidents », qui peuvent être tout aussi intéressants à analyser. À la date de rédaction de la fiche de procédure (au printemps 2013), cette définition et l'interprétation que nous en proposons nous semblaient être les plus larges possibles, de manière à intégrer dans ce travail des réflexions sur tout type de morbidité et de mortalité, sans préjuger des causes potentielles de l'événement.

La définition de la RMM et les explications sur l'organisation et le déroulement de la séance sont adaptées du guide méthodologique de la HAS de novembre 2009(8). Les consignes pour la préparation des cas présentés lors de la RMM sont également adaptées de ce guide. Elles contiennent des recommandations qui devaient permettre la rédaction de situations cliniques réunissant le maximum d'informations, de la manière la plus synthétique possible et respectant l'anonymat des patients et des soignants impliqués.

La fiche de procédure a été rédigée dans l'optique d'être facilement compréhensible. Une relecture par le directeur de cette thèse a été effectuée pour validation, avant sa première utilisation devant les participants.

## 3. Méthodologie de réalisation des entretiens

### 1. Construction du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé par l'auteur de ce travail, en concertation avec son directeur (annexe 2).

Dans une première partie, on procédait à un rappel du déroulement et des objectifs de l'étude, puis des informations sur l'interne interviewé étaient récupérées : âge, nombre de semestres validés, semestre en cours au moment de la RMM et validation du stage chez le praticien. Puis l'entretien débutait.

Afin de savoir quelle pouvait être l'opinion des participants sur la revue de morbi-mortalité, avant celle qui fut organisée pour ce travail, les premières questions portaient sur la connaissance ou non de la méthode et sur l'organisation de l'étude elle-même (clarté des explications écrites et orales préalables).

Pour les questions suivantes, les thèmes inclus dans le guide l'ont été après une revue de la littérature, en rapport avec le vécu des événements indésirables. La majorité de ces publications est citée dans l’introduction de cette thèse. Ainsi, cinq groupes de questions ont été formulés, en rapport


(CC BY-NC-ND 2.0)

avec les thèmes suivants :

- ressenti sur le choix du cas (raisons du choix, aide de la définition donnée dans la fiche de procédure, discussions auparavant avec d'autres intervenants – 3 questions) ;
- ressenti sur la présentation et l'analyse du cas de l'interviewé (2 questions) ;
- ressenti sur le choix et l'analyse des cas des autres participants (2 questions) ;
- impact éventuel de la RMM (intérêt des actions d'amélioration, impact sur la pratique et sur le ressenti des événements indésirables, apports par rapport à une discussion préalable – 5 questions) :
- acceptabilité de la RMM (intérêt de la méthodologie de la RMM, intérêt par rapport à d'autres enseignements du DES, volonté de recommencer – 3 questions).

Enfin, dans un dernier temps, il était demandé à l'interviewé s'il avait d'autres remarques à faire sur l'étude ou son organisation.

Au total, le guide d'entretien contenait une vingtaine de questions, qui devaient permettre d'interroger chaque participant sur son opinion à propos de l'intérêt d'une revue de morbi-mortalité pour les internes de médecine générale.

### 2. Test du guide d'entretien

Avant de mener les entretiens avec les participants, le guide d'entretien a été testé auprès de deux internes, faisant partie du groupe de GEP de l'auteur. Ces deux internes avaient, au préalable, participé à une RMM préparatoire à cette étude et organisée par l'auteur, ayant également réuni un troisième interne, qui n'a pu être revu ensuite. Ces deux entretiens, qui n'ont pas été inclus pour l'analyse, ont permis d'affiner les questions et les thématiques incluses dans le guide.

### 3. Réalisation des entretiens

Tous les entretiens ont été réalisés de manière individuelle, en face-à-face et menés par le même intervieweur, à savoir l'auteur de cette thèse.

Les entretiens ont été menés, pour chaque groupe, quelques mois après le déroulement de la revue de morbi-mortalité. Les participants étaient recontactés par voie électronique et relancés si nécessaire jusqu'à obtention d'un rendez-vous.

Il a été programmé de revoir tous les participants des deux revues de morbi-mortalité, de façon à permettre à chacun de participer entièrement à l'étude. De plus, pour des raisons d'organisation, l'ordre des entretiens n'a pas été tiré au sort, mais est le fruit des délais de réponse et de la disponibilité des participants, ce qui aurait pu créer un biais de recrutement, en sélectionnant des internes plus motivés, par exemple, si leur nombre avait été limité.


(CC BY-NC-ND 2.0)

Les entretiens étaient menés dans un environnement calme, chez l'interne si possible, ou dans un lieu lui convenant, en particulier la Faculté de Médecine de Lyon Est (site Rockfeller). Chaque entretien était enregistré, via un logiciel d'enregistrement vocal, sur smartphone. Des notes étaient également prises par l'intervieweur, de manière à ne pas rater de thématique lors du déroulement de l'entretien et pour permettre de repérer quelques idées-clés dans le discours de l'interviewé. Quelques éléments d'identification étaient relevés, mais les entretiens étaient, par la suite, totalement anonymisés, ce dont les participants étaient informés.

### 4. Retranscription des entretiens

Par la suite, les entretiens ont été transcrits à l'écrit, via le logiciel de traitement de texte Open Office. Six entretiens ont été retranscrits par l'auteur lui-même. Neuf entretiens ont été retranscrits par une aide extérieure ; il s'agit des n° 4, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 14 et 15. Ces neuf entretiens ont ensuite tous bénéficié d'une seconde écoute de l'auteur, pour vérification et adaptation, de manière à homogénéiser la syntaxe et la mise en page.

## 4. Méthodologie d'analyse des entretiens

Après retranscription, l'analyse des entretiens s'est faite en plusieurs phases.

Une première lecture de chaque entretien, faite dans l'ordre de leur réalisation, a permis d'extraire les idées présentes dans le discours des interviewés. Cette lecture s'est faite sur la base du guide d'entretien, les idées extraites étant classées selon la question du guide à laquelle elles se référaient. Au fur et à mesure de l'analyse des entretiens, les idées semblables d'un interviewé à l'autre étaient regroupées, qu'elles soient liées ou non à la même question. L'analyse des entretiens dans leur ordre de réalisation devait permettre de surveiller la survenue d'une saturation des données.

Dans un second temps, après une première analyse des quinze entretiens, les idées-clés extraites ont été regroupées en thèmes, correspondant aux axes de recherche de ce travail :

- Acceptabilité de la RMM et du travail sur les EIAS : idées en rapport avec le ressenti des internes pendant la présentation et l'analyse des cas ;
- Conditions d'une RMM de qualité et améliorations à apporter : idées concernant la méthodologie de la RMM, les points forts et les limites, ainsi que les remarques et suggestions pouvant l'améliorer ;
- Impact émotionnel : idées en rapport avec le ressenti par rapport au cas présenté ou aux EIAS d'une manière générale ;


(CC BY-NC-ND 2.0)

- Impact en terme de qualité ou de sécurité des soins : idées en rapport avec les actions d'amélioration retenues, les changements de pratiques rapportés ou des notions de culture de sécurité nées de la RMM.

A l'intérieur de ces thématiques, des sous-thèmes émergeaient, permettant un regroupement et un classement plus affinés des idées retrouvées dans les éléments de discours de chaque interviewé.

Lors d'une troisième phase, les quinze entretiens ont été analysés de nouveau sur la base des thématiques de travail et des sous-thèmes, de manière à réaliser une analyse approfondie et exhaustive des éléments de discours. Lors de cette phase, comme lors de la première, le nombre d'occurrences d'idées similaires, dans un même entretien ou d'un entretien à l'autre, était noté.

Enfin, lors d'une quatrième et dernière étape, les résultats obtenus par les deux types de lecture ont été triangulés, de manière à obtenir le matériel d'étude définitif.


(CC BY-NC-ND 2.0)

# *Résultats*

## 1. Données non issues des entretiens

### 1. Les revues de morbi-mortalité

Deux tuteurs de GEP ont donc été contactés et ont accepté de participer au projet. L'accord des internes qui devaient participer à l'étude a également été obtenu, lors de la séance de présentation du projet, et confirmé par la signature d'une feuille d'émargement lors de chaque RMM (non publiées pour préserver l'anonymat des participants).

Les deux RMM ont été organisées le 18 septembre 2013 et le 20 février 2014. La première a réuni 10 internes et la seconde, 5 internes. En plus des internes, seuls le tuteur de chacun des groupes et l'auteur de ce travail étaient présents. Des compte-rendus de ces deux réunions sont disponibles en annexes 3 et 4.

### 2. Population d'internes

Les caractéristiques des internes des deux groupes sont réunies dans le tableau 1. Les numéros attribués à chacun, permettant de respecter l'anonymat, correspondent à l'ordre de réalisation des entretiens et est différent de l'ordre de présentation, lors de la RMM. Les numéros 1 à 10 correspondent aux participants de la première RMM et les numéros 11 à 15 aux participants de la seconde. L'âge et le nombre de semestres validés (et donc l'année) ont été définis au moment de la RMM.

L'âge moyen des internes était de 26,7 ans, allant de 25 à 34 ans. Ils étaient tous en première ou deuxième année (du premier au quatrième semestre). Il est à noter que les internes de troisième année de Médecine Générale de Lyon ne sont plus tenus d'assister aux GEP, mais doivent en organiser de manière autonome, entre eux.

Tous sauf une avaient validé ou étaient en train de valider leur stage d'urgences adultes. Aucun d'entre eux n'avait validé le stage ambulatoire de niveau 1 (stage praticien), mais deux étaient en cours.

Parmi les 15 participants, cinq avaient déjà assisté à une RMM auparavant, dont un lors d'un semestre de chirurgie effectué avant de débuter l'internat de médecine générale. Deux d'entre eux avaient pu participer aux discussions, dont l'une avait précisément discuté du cas qu'elle a choisi pour la RMM de cette étude.


(CC BY-NC-ND 2.0)

**Tableau 1 – Caractéristiques des internes participants**

| Interne | Sexe | Âge | Année – semestres | Stages effectués | RMM auparavant |
|---|---|---|---|---|---|
| **1er groupe** | | | | | |
| 1 | M | 27 ans | 2ème - 3 | M, U, **P**, M | Participé (U, M) |
| 2 | M | 25 ans | 1re - 1 | U, **G** | Entendu parler |
| 3 | F | 26 ans | 1re - 1 | U, **P** | Vaguement entendu |
| 4 | M | 34 ans | 1re - 1 | **U**, M | Vaguement entendu |
| 5 | F | 27 ans | 1re - 1 | U, **M** | Assisté (U) |
| 6 | M | 27 ans | 2ème - 3 | U, M, G, **M** | Vaguement entendu |
| 7 | F | 27 ans | 2ème - 3 | U, M, **P**, SP | Entendu parler |
| 8 | F | 25 ans | 1re - 1 | U, **M** | Entendu parler |
| 9 | F | 26 ans | 2ème - 3 | U, M, P, SP. **HC** | Entendu parler |
| 10 | M | 26 ans | 2ème - 3 | M, G/P, U, **M** | Vaguement entendu |
| **2e groupe** | | | | | |
| 11 | M | 26 ans | 1re - 1 | U, **M** | Participé (chirurgie) |
| 12 | F | 26 ans | 2ème - 2 | U, M, **P** | Assisté (U) |
| 13 | F | 26 ans | 1re - 0 | **G** | Vaguement entendu |
| 14 | F | 27 ans | 2ème - 2 | G, U, **M** | Participé (même cas) |
| 15 | F | 26 ans | 1re - 0 | **U** | Entendu parler |

Légende du tableau : semestres : nombre de semestres validés ; stages : M : médecine adultes, U : urgences adultes, P : pédiatrie, G : gynécologie, G/P : gynéco ou pédiatrie, SP : stage praticien, HC : hors cursus (garde effectuée en plus du service d'interne). Le stage en gras et souligné est le lieu de l'EIAS.

### 3. Cas cliniques présentés

Les quinze participants ont chacun pu présenter un cas. Un résumé de chaque cas est disponible dans les compte-rendus des deux RMM (annexes 3 et 4), avec les facteurs favorisants l'EIAS et les propositions d'actions d'amélioration retenues. Les caractéristiques des cas présentés sont résumées dans le tableau 2. La numérotation des cas correspond à l'ordre de présentation lors des deux RMM et ne coïncide donc pas avec les numéros utilisés pour les internes.


(CC BY-NC-ND 2.0)

**Tableau 2 – Caractéristiques des cas cliniques présentés**

| N° du cas | Patient | Stage Service | Type d'EIAS (classification ICPS de l'OMS) et résultat | Gravité (ICPS) | Responsabilité personnelle |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | **1er groupe** | | |
| 1 | Femme 88 ans | Urgences UHCD | Retard diagnostique (1.2.1.2) - énucléation | Sévère | Non |
| 2 | Femme 19 ans | Gynécologie Service | Retard diagnostique (1.2.1.2) - transfusion et aspiration-curetage | Sévère | Non |
| 3 | Femme 20 mois | Pédiatrie SSR | Retard prise en charge (1.2.2.1) – asthme aigu grave, transfert en réanimation | Sévère | Non |
| 4 | Homme 10 mois | Pédiatrie Service | Mauvaise communication d'un résultat biologique (1.15.7) – méningite traitée tardivement | Modérée | Non |
| 5 | Femme 79 ans | Médecine Néphrologie | Retard diagnostique (1.2.1.2) – insuffisance rénale, dépendance | Sévère | Non |
| 6 | Homme 65 ans | Médecine Endocrino | Retard diagnostique (1.2.1.2) – sepsis sur infection d'hématome | Modérée | Non |
| 7 | Homme 70 ans | Hors cursus Gériatrie | Erreur de prescription (1.2.1.3) – Non délivrance par IDE | Aucune | Oui |
| 8 | Femme NP | Médecine Urgences | Rupture du secret médical (1.2.1.4 ou 1.2.2.5 ?) – révélation d'une TS médicamenteuse | Aucune | Oui |
| 9 | Femme 82 ans | Médecine Gériatrie | Réalisation d'un examen contre-indiqué (1.2.2.5 ?)– insuffisance rénale sévère | Sévère | Non |
| 10 | Femme 3 sem | Pédiatrie Néonatalogie | Non vérification du carnet de santé (1.2.2.5?) - vaccination inutile | Modérée | Oui |
| | | | **2e groupe** | | |
| 1 | Homme 76 ans | Médecine Pneumologie | Erreur de prescription (1.2.1.3) – pas de conséquence | Aucune | Oui |
| 2 | Femme NP | Gynécologie Service | Aléa thérapeutique (1.9.2.5) – migration de stérilet | Modérée | Non |
| 3 | Homme fin de vie | Médecine Gériatrie | Surdose médicamenteuse (1.2.1.3) – pas de conséquence | Aucune | Non |
| 4 | Femme 18 ans | Urgences Porte | Retard diagnostique (1.2.1.2) - hospitalisation | Modérée | Non |
| 5 | Garçon 14 ans | Pédiatrie Service | Hospitalisation et examens inutiles (1.2.1.4) – pas de conséquence | Modérée | Non |

Des quatre stages obligatoires dans la maquette de l'internat de Médecine Générale, seul le stage praticien n'est pas représenté dans les lieux de survenue. Des EIAS sont décrits dans les trois


(CC BY-NC-ND 2.0)

autres types de stages (Urgences adultes, Pédiatrie/Gynécologie, Médecine adultes) et dans tous types de services : portes des urgences ou unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD), service de pédiatrie conventionnel ou néonatalogie, plusieurs spécialités médicales, services de courte ou de moyenne durée...

Le type d'EIAS est retenu selon la classification ICPS de l'OMS. Selon cette classification, les types d'événements les plus représentés sont les problèmes de processus diagnostique (retards de diagnostic, soit 1.2.1.2 - 5 cas) et les problèmes liés à la mise en route d'un traitement (1.2.1.3 – 3 cas). La gravité est retenue selon la classification OMS également. Le degré de gravité est modéré à sévère dans onze cas. Il est nul dans les quatre autres cas. Aucun décès n'a été présenté.

Une responsabilité personnelle de l'interne a été retenue lorsqu'une action de celui-ci était directement en cause dans l'EIAS. Parmi les quatre cas où cette responsabilité a été retenue, trois sont considérés de gravité nulle ; le quatrième concerne une double vaccination avec le BCG chez un nouveau-né, qui n'a pas eu de retentissement clinique, mais a entraîné une prolongation d'hospitalisation d'une journée (gravité modérée).

### 4. Entretiens semi-dirigés

Tous les internes ayant participé aux deux RMM ont pu être revus. Les caractéristiques principales de ces entretiens sont présentées dans le tableau 3. L'intégralité des entretiens est consultable en annexe 5.

La durée totale des entretiens a été de 7h02min56s, pour une durée moyenne de 28min11s. Le plus court a duré 18min41s, le plus long 41min23s.

Après analyse complète (axiale, par thèmes, puis croisée), la saturation des données est apparue au cours de l'entretien n°11.


(CC BY-NC-ND 2.0)

**Tableau 3 – Caractéristiques des entretiens**

| Entretien | Date | Délai depuis la RMM | Lieu | Durée |
|---|---|---|---|---|
| **1er groupe – 18/09/13** | | | | |
| 1 | 18/02/14 | 5 mois | Domicile interne | 30'29" |
| 2 | 20/02/14 | 5 mois 2 jours | Domicile interne | 27'04" |
| 3 | 12/03/14 | 5 mois 22 jours | Domicile interne | 26'00" |
| 4 | 20/03/14 | 6 mois 2 jours | Domicile interne | 41'23" |
| 5 | 21/03/14 | 6 mois 3 jours | Domicile interne | 18'41" |
| 6 | 25/03/14 | 6 mois 7 jours | Domicile interne | 35'31" |
| 7 | 26/03/14 | 6 mois 8 jours | Faculté | 26'04" |
| 8 | 26/03/14 | 6 mois 8 jours | Faculté | 28'54" |
| 9 | 15/05/14 | 7 mois 26 jours | Domicile interne | 34'24" |
| 10 | 24/06/14 | 9 mois 4 jours | Faculté | 28'11" |
| **2e groupe – 20/02/14** | | | | |
| 11 | 01/07/14 | 4 mois 11 jours | Domicile interne | 28'11" |
| 12 | 29/07/14 | 5 mois 9 jours | Domicile interne | 28'04" |
| 13 | 10/10/14 | 7 mois 19 jours | Domicile interne | 23'17" |
| 14 | 17/10/14 | 7 mois 26 jours | Cabinet médical | 23'27" |
| 15 | 24/10/14 | 8 mois 4 jours | Faculté | 23'16" |

## 2. Données issues des entretiens

### 1. Choix du cas et discussions antérieures

Un des critères les plus fréquemment cités pour le choix du cas est son caractère récent. Ainsi, huit internes citent cette raison : « *c'était un cas qui s'était produit à peu près dans la même période* », « *Euh... je dirais deux semaines avant, quelque chose comme ça.* », « *C'est vrai que c'était la semaine d'avant. Euh... j... En fait, si tu veux, le moment où t'as prévenu, j'avais pas de cas et (...) y a eu ce cas, la semaine d'avant* ». Le critère temporel est à l'origine de l'exclusion d'autres cas possibles pour trois internes, soit parce qu'ils étaient trop anciens (« *Parce que voilà, j'avais en tête d'autres cas mais qui étaient plus anciens* »), soit trop récents (« *Et euh... si ç'avait été quinze jours plus tard, j'aurais eu un autre cas qui s'était passé, genre deux jours avant* »).

La raison la plus citée est cependant celle de l'impact émotionnel du cas. Cette notion ressort dans le discours de dix des participants : « *j'ai choisi celui-là parce qu'il m'a vraiment affecté personnellement* », « *c'était assez marquant* » ou « *c'était une situation dans laquelle moi, j'étais en difficulté* », par exemple. Cet impact prend différentes formes. Certains ont été notamment marqués


(CC BY-NC-ND 2.0)

par un sentiment d'isolement au moment de l'événement (« *à part le réanimateur de garde, y avait vraiment personne, quoi et je me souviens, qu'à ce moment-là, je me suis sentie bien, bien seule, quoi.* » ; « *J'avais des praticiens, des médecins qu'étaient pas... pas forcément hyper présents donc, après, c'est moi qui ai reçu la famille pour expliquer la situation.* »), un autre par un contexte de soins difficile et à risque (« *y avait vraiment un sentiment d'insécurité, quand même, qui régnait à ce moment-là.* », « *c'était vraiment un contexte que... qui faisait que... on pouvait faire énormément d'erreurs* »). Parfois, l'impact a été durable, dans « *les heures suivants et les jours suivants...* », voire « *dans les jours et même les semaines après...* ». Cinq internes évoquent la responsabilité ressentie, vis-à-vis de l'événement, notamment l'interne qui a pratiqué un vaccin qui avait déjà été fait : « *c'était moi qui finalement avait fait le geste... qui pouvait être caractérisé comme la faute* ». Deux de ces internes expriment même leur culpabilité (« *je culpabilisais* »), forte pour l'un d'entre eux : « *Merde, putain, si c'est ma faute et tout, si c'est ma faute euh... cette pauv' dame, ben... merde, putain, faut vivre avec ça, quoi, tu vois.* ». Pour trois internes, cet impact émotionnel est à l'origine d'un choix déclaré comme étant évident. L'interne très culpabilisé avait notamment le besoin de reparler de cet événement : « *j'ai pas eu l'occasion de reparler suffisamment, ni avec mes patrons ni avec l'équipe (...) et c'était bien indiqué de pouvoir en parler dans ce groupe-là, quoi* ». Une autre souhaitait avoir l'avis de ses co-internes sur la situation : « *j'étais mal à l'aise vis-à-vis de ça donc (…) j'aime toujours bien avoir l'avis des autres et euh... et voir ce qui... ce que les autres pourraient en dire* ».

Le caractère évitable de l'EIAS est mis en avant par trois internes. Pour l'un d'entre eux, notamment, « *avec des choses très simples, on aurait pu vraiment éviter une catastrophe*. ». Deux de ces participants mentionnent d'ailleurs des dysfonctionnements évidents dans le service où l'événement a eu lieu : « *Donc j'avais déjà eu deux types de... d'urgences, où je pouvais voir que c'était vraiment pas... pas concordant, quoi* ».

Le niveau de gravité pour le patient a été retenu par trois participants, dans le choix de leur cas : « *ça avait été quelque chose de, à mon avis, particulièrement grave* ». Le niveau de gravité retenu, selon la classification OMS, est sévère pour un cas (cas n°9) et modéré pour les deux autres (cas n°4 et 6, avec pour le cas n°4 une gravité potentielle importante, du fait de la mise en route tardive d'une antibiothérapie à dose adaptée, chez un nourrisson avec une méningite).

Six participants ont aussi choisi leur cas en fonction de son intérêt pédagogique, notamment en pensant que « *ça pouvait servir à tout le monde* ». Quatre internes ont ainsi choisi de présenter un événement « *qui était plutôt commun* », mais « *développé parce que le sujet est assez intéressant* » : deux cas de difficultés de prescriptions, une erreur avec un vaccin, une rupture du secret médical. Pour un cinquième, c'est « *surtout l'enchaînement de... des différents effets, qui... des différents effets indésirables, et l'accumulation de ceux-ci, qui ont fait que le cas était*


(CC BY-NC-ND 2.0)

*intéressant aussi* », à propos d'un retard de diagnostic d'une hémorragie sévère. On retrouve également, chez deux de ces internes, l'idée d'un cas adapté à l'analyse en RMM. Cette idée ressort également chez quatre autres internes : « *ça correspondait, à mes yeux hein, de ce que j'avais compris de ton travail, ça correspondait au travail que tu nous proposais* ».

Enfin, un point particulier vient scinder deux groupes d'internes. D'un premier groupe de sept internes, émanent des difficultés ressenties à trouver un cas. Trois d'entre eux expliquent, par exemple, avoir été peu exposées à des EIAS. Deux sortaient de services de semaine, « *où tout est programmé, où on a pas beaucoup de... de... marge de manœuvre (...) donc ça laisse peu... peu de place, quoi donc à... donc à... donc à des événements indésirables* ». La troisième, en premier semestre, était encore très seniorisée : « *on prescrivait très peu en gynéco donc c'est vrai qu'y avait moins de risque qu'on se plante sur tout ce qui était thérapeutique* ». Deux de ces trois internes parlent même d'un choix par défaut (« *si j'avais eu un autre cas, je pense que j'aurais présenté un autre cas* »). Une quatrième, pourtant en quatrième semestre, n'avait pas de souvenir d'événements indésirables : « *Mais moi, j'ai jamais eu de trucs comme ça. Soit on m'a récupérée, soit je l'ai pas su. - Ouais ? - Mais euh... j'ai l'impression que j'ai jamais eu de choses comme ça, je crois aussi.* ». À l'opposé, deux participants disent pouvoir citer de nombreux EIAS, survenant dans leur pratique : « *J'en avais plusieurs en tête* » ; « *y en a presque toutes les semaines des cas de RMM possibles* ».

La grande majorité des internes avait déjà évoqué le cas présenté avec d'autres personnes. Douze s'étaient référés à un médecin senior, la plupart du temps pour discuter de la situation d'une manière générale : « *J'avais juste discuté un peu, avec euh... la chef qu'avait rattrapé le truc. Mais on avait discuté 5 minutes, sans qu'il y ait de... choses particulières* ». Certains internes se contentent de signaler l'événement : « *je m'en rappelle, je suis allé, quand même, voir mon chef parce qu'il fallait quand même qu'on... qu'on se fasse encadrer...* », « *Bah oui, j'ai fait une mauvaise pres'. Je... je voulais quand même dire que je l'avais vu et que... pas qu'on m'écrive un mail après, pour me dire... ou pas que les gens le découvrent et que j'ai pas prévenu...* ». Pour un dernier interne, la discussion a plutôt été une occasion de se faire « *passer un savon, en gros* ».

Dans sept cas, la discussion avec les seniors a impliqué l'équipe de médecins (« *Ben, du coup, ouais on en avait pas mal parlé parce que en gynéco, tous les matins, on faisait une sorte de petit... enfin colloque, on se réunissait tous, tous les chefs* »), avec, souvent, la volonté d'analyser la situation en équipe : « *on en avait déjà reparlé entre nous, pour... pour essayer d'expliquer un petit peu ce qu'il s'était passé et essayer de comprendre si, déjà, on avait fait des erreurs médicales, à proprement parler, et puis, comment éviter, surtout, que ça se reproduise aussi* » et parfois à la demande de l'interne, semble-t-il (« *Ben, j'en avais discuté avec euh... (raclement de gorge) avec les médecins... chefs du service. (...) on l'avait remis sur la table parce que ça me... ça m'allait pas,*


(CC BY-NC-ND 2.0)

*quoi* »). Ces discussions prennent la forme de RMM pluridisciplinaires, dans certains services : « *les auxiliaires puéricultrices qui étaient là, les infirmières qui étaient là ont été convoquées, euh... en ont discuté avec le chef de service et donc le médecin dont je te parlais euh... pour essayer de voir comment on pouvait améliorer l'accueil du SAMU et la prise en charge* ». Une interne a même discuté de son cas dans une véritable RMM.

Dix internes avaient également déjà discuté de leur cas avec des amis, toujours médecins, ou des co-internes : « *c'est le genre de situations... des situations complexes, des situations mal vécues, j'en... j'en parle facilement. J'ai vraiment un... bon groupe de... de potes qui ont (…) un peu le même esprit que moi là-dessus donc c'est vrai qu'on... on aime bien en discuter* ». D'autres n'ont pas du tout essayé cette voie : « *Non, j'en ai pas parlé en dehors du boulot* ».

Un seul des quinze participants n'avait pas parlé de son cas avec d'autres personnes, malgré une tentative auprès d'un collègue : « *Non, j'en ai pas parlé en dehors du boulot et euh... et au sein du boulot euh... j'ai, j'ai essayé un p'tit peu d'en parler, j'ai fait une tentative d'approche qui a été relativement rapidement éludée* ».

Seuls deux internes évoquent le partage de l'EIAS avec le patient ou avec son entourage : « *après, c'est moi qui ai reçu la famille pour expliquer la situation. (…) Donc c'est quand même compliqué de dire : « Ben oui, là, y a eu une belle erreur médicale. » (...) parce que... on peut pas non plus leur cacher la vérité* ».

## 2. Conditions d'une RMM de qualité et améliorations suggérées

### *1. Explications préalables et cadre de travail*

Avant de démarrer les entretiens sur la RMM et sa méthodologie, il a été demandé aux participants leur opinion à propos des explications qui leur en avaient été données. Les explications orales ont été jugées « *claires* » par treize internes. Treize ont également jugé les explications écrites claires ou compréhensibles, complétant les informations orales, pour l'une d'entre eux : « *peut-être j'avais deux ou trois questions à l'oral et j'ai eu les réponses... au moment où t'as envoyé l'explication écrite* ». Un interne précise que le tuteur de leur groupe leur en avait reparlé entre-temps, ce qui « *a dû aider* ». Cinq internes ayant déjà assisté ou entendu parler des RMM ont pu se reposer sur leurs expériences précédentes : « *vu que j'en avais déjà faite une à X, j'me dis que ça se passerait un petit peu pareil* ».

Pour cinq participants, le souvenir de ces explications n'est pas très précis (« *J'en ai pas un souvenir euh... très net* »). Si ce souvenir n'est pas toujours très clair, il n'est pas négatif : « *si je m'en souviens pas, c'est que j'avais pas grand chose à dire dessus. - D'accord. - Et que c'était, c'était... c'était bien, quoi* ».


(CC BY-NC-ND 2.0)

Trois participants ont tout de même eu besoin de concentration, notamment pour ce qui est des explications écrites : « *j'ai dû lire deux-trois fois, pour tout comprendre ce que ça voulait dire et euh... et peut-être un tout petit manque de clarté... à ce niveau-là* ».

Enfin, deux internes évoquent l'importance d'avoir une explication écrite, de manière à pouvoir s'y reporter et parce qu'il est plus facile d'« *enregistrer quand c'est écrit* ».

Concernant le cadre de travail, sept internes ont apprécié de travailler en petits groupes, d'une part parce que « *on n'a pas la même écoute et la même vigilance pour entendre euh.. cinq euh...six, huit ou vingt-cinq personnes* », d'autre part car « *les groupes trop grands, on se sent... bah, c'est un petit peu impersonnel et y en a beaucoup qui participent pas, du coup* ». Cinq participants notent l'intérêt d'avoir réalisé la RMM dans un groupe de personnes connues, « *dans lequel y avait déjà une forme de confiance qui avait euh... qui avait été euh... construite* », alors que face à des inconnus, « *on sait pas comment ils vont réagir, ça peut nous faire peur, ça peut nous freiner* ». La dernière remarque concernant la composition des groupes, faite par trois internes est celle de l'intérêt d'avoir des années différentes, ce qui souligne « *l'évolution dans les semestres* ». Pour deux de ces internes, les participants d'années supérieures représentaient des moteurs du groupe : « *je pense on a été confronté plus à des situations à problèmes, justement, avec les différents services qu'on a faits* » ou « *on voit bien qu'on progresse pour présenter nos cas et puis, pour analyser, en fonction de nos années de... d'internat* ». Au contraire, une participante du premier groupe avoue qu'elle recommencerait bien l'expérience, mais « *Pas avec des premiers semestres* », en référence, notamment, aux difficultés prêtées à réfléchir à sa pratique en début d'internat : « *je pense qu'il faut avoir un petit peu vieilli, un petit peu... T'as trop un fossé entre l'externat et l'internat. Au début de l'internat, t'es trop nul.* ».

Le rôle du modérateur est pointé par six internes, à la fois pour cadrer les discussions (« *si nous, on faisait ça, entre nous, en GEP, ça partirait partout* »), les orienter (« *là, qu'y ait quelqu'un qui ait un tout petit peu plus de recul, je pense que ça permet aussi de bien orienter euh... (…) enfin, les choses* »), voire les faire avancer (« *je pense que ça a parfois débloqué un petit peu le débat et ça nous a aidé un petit peu* »). Le tuteur habituel du groupe trouve sa place, dans l'analyse, de par son regard extérieur, « *son point de vue, son expérience* », ce que rappellent cinq participants. En fonction de son attitude, il peut justement participer de l'ambiance du débat : « *Il est cool X, du coup ça fait un regard un peu bienveillant* ».

Deux internes évoquent les conditions matérielles. Le lieu choisi, à la fac, était « *pas mal* », pour la première, et avait peu d'importance, pour le second : « *à la fac ou chez quelqu'un ou au restaurant... (…) Peu importe, peu importe...* ». La durée, « *deux ou trois heures* » semble aussi adaptée : « *ça me paraît pas mal, quoi* ».


(CC BY-NC-ND 2.0)

### *2. Cas présentés*

Les souvenirs des cas des autres participants sont parfois flous. Huit internes admettent en avoir peu ou pas de souvenirs, comme celui-ci : « *sincèrement, je... si tu veux, c'est juste un ressenti que j'ai, je me souviens plus des cas précisément* ». Au fur et à mesure des entretiens, quelques éléments ressortent, le plus souvent.

Un seul participant en a un souvenir négatif, à propos d'un autre interne « *qui avait présenté un cas qui lui avait été rapporté* », juge-t-il. Selon lui, « *la RMM, c'est un peu, si tu veux, c'est un peu... Il faut être quand même un peu baigné dedans* ».

A l'inverse, douze participants ont jugé les cas présentés par leurs collègues intéressants, comme le résume cette interne : « *c'étaient des cas quand même assez intéressants, sur lesquels il y avait une vraie réflexion à faire* ». Comme elle, il sont deux autres à avoir également pointé l'intérêt pédagogique de certaines situations. Quatre autres disent que les présentations les amenaient à réfléchir sur les réactions qu'ils auraient pu eux-même avoir, soit pendant la séance (« *c'est des situations où, moi, j'aurais pas forcément été à l'aise et donc ça me fait un peu réfléchir sur euh... ce que j'aurais pu faire, moi, euh... dans son cas, quoi* »), soit après (« *c'est aussi intéressant parce que, du coup, on... ça... on sent que ça va peut-être permettre de... En y repensant, peut-être que ça va nous donner des clefs à nous pour le futu... pour le futur* »). Trois participantes du premier groupe se sont dites marquées par au moins un autre cas. Celui de l'endophtalmie ressort particulièrement puisqu'il est justement cité par les trois : « *L'œil, ça m'avait fait... pas rire, mais je me suis dit : « Bah oui, le mec, il vient aux urgences – c'était une dame – pour une décompensation cardiaque et... et elle perd son œil...* », « *Euh... et celui de X (autre participant), aussi euh... C'est une petite... petite dame qui a... qui a fini avec une énucléation, je crois bien*. (…) *Ça... ça, sincèrement, je pense que je l'aurais très, très mal vécu* ». Dans le même ordre d'idée, un interne a apprécié pouvoir retrouver le vécu de l'événement dans les présentations : « *et c'est intéressant aussi de mettre, justement, ce qu'il a vécu, derrière* ».

Après celle de l'intérêt des autres cas, l'idée qui est la plus souvent retrouvée (onze internes) est celle de situations proches de ce que vivent les internes en stage. La notion « ça aurait pu m'arriver » est d'ailleurs retrouvée plusieurs fois : « *c'étaient des choses qui auraient pu m'arriver* », « *Voilà... je me suis dit : « Voilà, pile moi !* » », « *je me suis rendu compte que j'aurais pu être, moi, cet... cet interne-là, quoi* », « *Ça aurait pu se passer comme ça aussi, pour moi* ». Certains partageaient le ressenti de leurs collègues, en disant pouvoir « *reconnaître des difficultés de pratique ou d'organisation de service* » ou se retrouver dans les mêmes situations d'incertitude : « *ça nous arrive tout le temps de prescrire des trucs, où on a absolument aucune idée de comment on les prescrit...* ». Dans une idée proche, un autre participant évoque la possibilité de retrouver certains de ces cas « *en cabinet de médecine générale* ».


(CC BY-NC-ND 2.0)

Cinq internes soulignent « *une grande diversité de cas* », en particulier apportée par « *la diversité des... des stages, actuellement, puisqu'on est tous en stage* ». Même dans le premier groupe, constitué de dix internes, « *y avait dix cas différents, avec dix... dix erreurs différentes, et dix conséquences différentes... également* ». L'une de ces cinq internes nuance toutefois : « *Il y avait certaines situations qui... qui se ressemblaient un petit peu, mais c'est toujours comme ça* », rejointe sur ce point par une autre participante, qui trouvait certains points communs entre les cas : « *y avait souvent eu quand même les... les erreurs de transmission* », « *C'était surtout... ouais, ce que j'ai retenu les... les défauts d'information (…) et euh... les organisations de service* ».

Enfin, deux participants évoquent l'intérêt d'avoir des présentations déjà travaillées et organisées, ce qui permettait de pouvoir les analyser efficacement ensuite : « *On avait à peu près tous les éléments en mains... Donc les cas avaient été bien exposés, on avait tous les éléments en mains, un petit peu, pour réfléchir* ».

### *3. Méthodologie et intérêt de l'analyse des cas*

Neuf internes ont indiqué leur intérêt pour la méthodologie d'analyse des cas, telle qu'elle a été faite lors des RMM (« *Intellectuellement, c'est très intéressant...* »), parfois même avec une grande satisfaction : « *je trouve que c'est, c'est euh... c'est un travail qui tire vers le haut* ». Pour quatre d'entre eux, cela leur a notamment permis de mieux comprendre le déroulement de l'événement présenté : « *ça permet un peu de lister – parce qu'on s'en rend pas compte sur le moment – bah, quand on... quand on revient sur l'histoire, on fait un peu le point et on détaille... bah tous les événements qu'ont participé et qu'ont concouru à ce que ça...* ». Sept de ces internes ont rappelé l'intérêt de la recherche d'actions d'amélioration : « *essayer de proposer aussi des solutions, c'est, finalement, ce qu'il y a de plus intéressant, c'est-à-dire de savoir : « Qu'est-ce que... Qu'est-ce qu'on aurait pu faire pour éviter ou qu'est-ce qu'on va faire, dorénavant, pour éviter que..? »* ». Huit internes font remarquer l'importance d'un travail qui se fait en séquences ou en étapes, en particulier « *qu'on laisse les gens vraiment présenter les choses, d'un bout à l'autre, et qu'ensuite on en discute* », afin d'avoir une « *vue d'ensemble du cas* ». Cette manière de faire permettait aussi de faciliter l'analyse systémique, comme l'explique cette participante : « *à mesure du cas où... enfin, où le cas était déroulé, chacun pouvait pointer les... les différents moments où... où il s'était passé quelque chose qui avait conduit à l'erreur* ». L'analyse systémique elle-même est un des points d'intérêt de la méthode : « *Je me souviens qu'on avait discuté aussi des différents... barrages. (...) Et que ça, ça m'avait intéressée de me dire : « Ah bah ouais, c'est vrai, y a des barrages ». Parce que j'avais... j'avais intellectualisé les choses* ». Ainsi que le notent trois internes, les discussions étaient d'autant plus constructives qu'elles étaient guidées par ce cadre méthodologique formel : « *c'était quand même bien ordonné et, du coup, euh... du coup, ça*


(CC BY-NC-ND 2.0)

*permettait quand même d'avancer. Enfin, c'était quand même instructif, étant donné que... ça partait pas dans tous les sens, quoi. Les choses étaient quand même cadrées* ». Cette démarche était bien adaptée à l'analyse d'EIAS selon cinq internes, ce qui ressort bien de certains entretiens : « *C'est totalement adapté pour parler d'événements indésirables... Il faut absolument, pour éviter les événements indésirables, faire régulièrement des... des RMM, ouais* ». A l'exemple de cette participante, certains ne voient pas d'autres moyens : « *qu'est-ce qu'y a d'autre comme moyen..? (...) Qu'est-ce qu'on pourrait avoir d'autre pour... pour parler des événements indésirables..?* ».

Les discussions et l'analyse, elles-mêmes, ont été jugées globalement intéressantes par les internes. Neuf d'entre eux parlent effectivement de l'intérêt de l'analyse des cas : « *Moi, j'ai trouvé que l'analyse était bonne* », « *les analyses étaient ass... vraiment pertinentes* » ou « *je trouvais qu'on était assez... assez motivés pour construire des choses, pour donner des... des idées, euh... à chaque... chaque interne, qui présentait son cas. (…) Donc, encore une fois, je trouvais ça assez euh... assez intéressant, quoi* », par exemple. Six participants notent des similitudes avec les réflexions qu'ils avaient déjà pu avoir dans d'autres contextes, y compris quand le cas avait déjà été analysé en équipe de soins :« *Euh... globalement, je... enfin, ça avait repris, un petit peu, les euh... les... les choses qu'on avait... qu'on avait dit, lors de la précédente RMM* ». Trois internes ajoutent que cela a pu leur permettre d'approfondir leurs réflexions à propos de l'événement présenté (« *Ça m'a permis de réfléchir un peu plus, de ressortir des barrières supplémentaires* »), notamment à propos des actions d'amélioration : « *Je pense que, du coup, les dysfonctionnements, je les avais identifiés mais après peut-être que ça m'a aussi un peu aidé à... à trouver des pistes pour les pallier, quoi* ». Six internes évoquent également l'intérêt d'avoir des regards extérieurs sur ces événements, afin d'être confronté « *à un autre avis, à une autre idée et puis... qui peut être tout aussi bien, voire meilleur* », certaines réflexions n'ayant pas eu lieu dans le service : « *y avait plus la réflexion et euh... ça je l'avais pas eu avec les collègues. Euh... la réflexion... autour de... du tri à l'arrivée* ».

De manière plus précise, certains participants se rappellent avoir pu mettre en évidence les facteurs favorisants des EIAS présentés. Trois internes expriment en particulier la mise en lumière de dysfonctionnements dans les services : « *On avait réussi à mettre en évidence euh... que, dans tel ou tel cas, il s'agissait a priori davantage d'une… d'une erreur d'organisation ou de... de mauvaise communication* ». Les autres facteurs retenus sont multiples, comme la présence d'intervenants extérieurs au service (« *la présence de remplaçants, ça désorganise aussi des machines, qui peuvent être bien... bien huilée*s ») ou des éléments manquants dans une prise en charge (« *le gros souci, c'était le dosage des CPK donc, en effet, ça aurait dû faire partie du bilan* »), par exemple. L'un des participants rappelle notamment l'intérêt de cette lecture, à plusieurs et à distance de l'événement : « *ça permet un peu de lister – parce qu'on s'en rend pas compte sur le moment – bah, quand on...*


(CC BY-NC-ND 2.0)

*quand on revient sur l'histoire, on fait un peu le point et on détaille... bah tous les événements qu'ont participé et qu'ont concouru à ce que ça... Bah, ça met un petit peu en lumière ça, ouais. On s'en rend pas spécialement compte, sur le coup. On se dit : « Bah, c'est juste ça. », sans se dire : « J'ai été appelé, j'étais pas au bon endroit, j'ai fait ça, j'ai fait ça. »* ».

Trois participants se rappellent aussi de points plus techniques ou médicaux dans la discussion, par exemple : « *En fait, j'avais... j'avais peut-être pas s... vraiment vu, à ce moment-là, que c'était un aléa thérapeutique plus qu'une erreur, en fait. (…) La RMM m'a permis de m'en rendre compte, du coup* ».

Un interne a également noté un certain consensus dans les discussions autour du cas qu'il a présenté : « *Ben, on était un peu tous d'accords pour dire que... l'enchaînement des événement était préjudiciable pour la patiente* ».

A l'inverse, trois participants se rappellent que leur cas a suscité pas ou peu de discussions. L'une d'entre eux l'explique par le fait que « *de base, c'était pas un bon cas pour une RMM parce que c'était un truc qu'était... enfin, qu'était clair dès le début* », à propos d'un cas où l'absence de dosage des CPK avait entraîné un retard de prise en charge, par exemple. Pour les deux autres, s'agissant d'erreurs personnelles (vaccination BCG refaite et rupture du secret médical), peu d'autres facteurs favorisants avaient effectivement été discutés.

En miroir aux internes qui évoquent une certaine cohérence avec des réflexions antérieures, sept déclarent également que la discussion au cours de la RMM n'a pas apporté d'élément supplémentaire.

Au total, huit internes, dans les deux groupes, font part de leur satisfaction quant à la RMM : « *Enfin, en plus, on était un peu tous d'accord pour dire... Enfin, tous, non... mais avec les personnes avec qui j'en ai discuté, dans mon groupe de GEP... enfin, je pense que ça nous a quand même tous... bien plu* ».

### *4. Intérêt par rapport à d'autres types d'enseignement*

L'analyse d'EIAS lors de la RMM a tout d'abord été jugée plus constructive que le simple fait d'en discuter avec des amis ou des co-internes. Cette notion ressort chez trois participants, notamment celle-ci : « *quand on discute entre nous, c'est vrai qu'on est plus euh... un peu dans la colère... enfin... je pense qu'on est plus... moins dans la réflexion (...). Je pense que c'est plus constructif, en fait, de le faire dans... dans un groupe comme ça* ». Par rapport aux ateliers existant à la fac (séminaires, journées d'études, GEP...), trois internes ont estimé la RMM aussi intéressante : « *Ça permet vraiment de... de se reposer sur des bases tout aussi solides que ce qu'on fait aussi en GEP* », « *de même niveau d'intérêt que ce qu'on nous propose, en séminaire ou en... euh... ou en*


(CC BY-NC-ND 2.0)

*atelier* ». Six participants ont même préféré participer à cette RMM, par rapport à ces autres groupes de travail, à l'instar de cette participante enthousiaste : « *Alors clairement... par rapport aux GEP, ouais. Je pense que c'est un des meilleurs GEP que j'ai fait, du coup* », « *Non mais c'est long, les GEP* ».

L'une des raisons, comme l'explique cette autre interne, est la place de la discussion dans la RMM : « *Je trouve, déjà euh... le fait d'être en petits groupes et d'avoir une vraie discussion entre nous, où chacun apporte son avis, c'est... c'est... on a... je trouve qu'on apprend plus là-dessus, que sur les séminaires à la fac... enfin, où on écoute le prof parler et euh... Là, c'est plus intéressant* ». Trois autres internes précisent que cette méthodologie est d'ailleurs plus intéressante que les recherches bibliographiques, demandées en particulier pour la préparation des GEP : « *Enfin, moi je suis ressortie de là et je me suis dit : « Tous les GEP, en fait, on devrait faire ça ! ». Et pas faire... des présentations de dossiers, de reprendre des recos qu'on peut trouver...* » ou « *Enfin moi, je pense que c'est plutôt des cas euh... personnels que... qu'on devrait plus dévoiler. (…) Vraiment parler de nos cas, personnels, qui nous est arrivé, où ça nous a posé problème. Qu'on discute un peu, plutôt que de dire : « Ben voilà, j'ai vu une pneumopathie. Sur la pneumopathie, faut faire ça, ça, ça ». C'est des choses qu'on peut retrouver sur Internet, quoi* ». Une troisième raison, avancée par cinq participants, est l'aspect plus concret des situations présentées à cette occasion : « *justement là, ce... ces cas, c'étaient vraiment des cas concrets, quoi* ». En cela, la RMM permet, selon eux, de dépasser l'aspect très théorique qui peut ressortir des autres types d'enseignement ( « *les ateliers, les GEP, c'est très bien mais c'est pas... pour moi, c'est pas de la... c'est pas de la vraie pratique (…) Alors que là, la revue de morbi-mortalité, c'est plus une discussion pratique. On demande pas comment on a géré la situation, on demande pas comment... co... enfin quel antibiotique il faut mettre, des trucs comme ça, mais vraiment, plutôt, de la pratique, comment t'as géré en pratique, qu'est-ce qu'il faut faire et... qu'est-ce qu'on peut améliorer les choses ?* »), ainsi que d'un cadre qui paraît trop formaté : « *Je manque un peu de rigueur et, du coup, euh... tout ce qu'est un peu protocolisé, comme ça, euh... où il faut respecter la marguerite des compétences, des trucs comme ça... enfin, je suis... j... j'ai un peu de mal* ». Enfin, une quatrième raison est liée au concept de base de la RMM : l'analyse d'EIAS. En effet, selon six participants, ce travail ne leur est pas proposé par ailleurs, ce qu'ils trouvent regrettable : « *on a tous, je pense, un cas, au cours de notre internat, voire même plusieurs, où, voilà, y a eu des effets indés... des événements indésirables. Donc... donc, voilà, je pense que, oui, oui, c'est... enfin, c'est quelque chose qu'on fait pas, en fait. Donc, on peut participer, quand on est à l'hôpital par exemple, voilà... dans certains endroits. Mais, voilà, qui est intéressant et si on a pas forcément l'occasion de le faire pendant notre cursus... voilà, c'est un peu dommage* ».


(CC BY-NC-ND 2.0)

Les discussions et les échanges autour des cas sont le point d'intérêt majeur dont témoignent les participants, ce qui ressort des entretiens de treize d'entre eux. Onze internes ont particulièrement apprécié l'impression de partage de leur expérience, au cours de ce qui s'approcherait d'un véritable groupe de pairs, ainsi que l'explique cet interne : « *on analyse, on essaye de savoir si, dans la même situation, on aurait pu avoir les mêmes réactions, les mêmes... les mêmes inconvénients, les mêmes ennuis, les mêmes interrogations, etc...* ». Cet aspect vient renforcer un apprentissage théorique nécessaire (« *On peut bouffer des kilos de bouquins pour être médecin mais on a aussi une façon d'être meilleur, j'pense c'est quand même de dire euh... euh... où est-ce qu'on pense qu'on s'est planté* ») et pourrait même, selon certains, permettre d'anticiper des difficultés à venir : « *Par contre, ça m'a fait réfléchir sur d'autres cas qui pourraient m'arriver. En gros, ça a fait comme si ça faisait un barrage... de mes futures erreurs* ». L'autre versant de ces échanges, et qui n'est pas retrouvé dans d'autres formes d'ateliers, est l'aspect groupe de parole qui est apparu à quatre internes, permettant notamment de se libérer en parlant d'une mauvaise expérience. L'un d'eux évoque très clairement ce manque dans sa formation, qu'il a pu combler avec la RMM proposée : « *Les médecins, i... ils s'organisent, ils font... une fois qu'ils sont diplômés, et tout ça, ils ont des groupes Balint, ils ont plein de, de... de formations organisées et... ou qu'ils créent eux-mêmes pour euh... pour voir, pour se parler, pour euh... se rendre compte qu'ils sont pas tout seul, pour se rendre compte qu'ils ont euh... une pratique qui est pas forcément très différente de leur voisin, pour euh... parler de leurs emmerdes euh... On a pas ça, nous les internes. On a pas ça alors qu'on tape nos soixante heures par semaine, quoi. On a largement euh... autant de vécus euh... difficiles, dérangeants euh... qui plus est avec des armes qu'on est encore en train de se construire là, donc on est un peu tout nu face à l'adversité, quoi, et euh... et pouvoir se dire les choses, c'est, c'est, c'est vachement important, quoi* ». Ces deux angles de la RMM ne s'excluent pas et un des participants le fait d'ailleurs remarquer : « *y a un but... anxiolytique, véritable je pense, et un puis y a un but de... d'apprentissage justement... de l'expérience des autres. Y a un double... un double effet... qui est... qui est intéressant* ».

### *5. Améliorations suggérées et limites*

Assez peu d'améliorations ont été suggérées par les participants. On en dénombre dix, au total. Cinq internes n'ont, par ailleurs, fait aucune proposition. Les améliorations suggérées concernent divers aspects de la méthode.

La remarque la plus fréquemment retrouvée parmi les membre du premier groupe est celle de la gestion du temps. Six internes ont fait remarquer que le temps avait manqué pour la présentation et, surtout, l'analyse des cas : « *y a peut-être des sujets où on aurait pu discuter dix minutes de plus et on a été arrêtés parce que on était nombreux, qu'il fallait que ça rentre dans les*


(CC BY-NC-ND 2.0)

*clous, qu'on avait dit vingt minutes par personne* ». L'amélioration suggérée concerne donc logiquement une demande de présenter moins de cas, afin de pouvoir les analyser plus en profondeur, ainsi que le suggère ce participant : « *il faudrait peut-être prendre... faire moins de cas, (…) pour pouvoir plus débriefer et, si tu veux, peut-être qu'on détaille plus... qu'on se dise, on fait 2-3 cas et vous les détaillez vraiment à fond* ». A l'inverse, deux participantes du second groupe, dans lequel les cas avaient été analysés sans limite de temps, font part de leur satisfaction à ce propos : « *je trouve que c'était un bon nombre et voilà, c'était bien, on était... voilà, on a pris le temps de... voilà, d'analyser toutes les situations. (…) On avait chacun bien le temps de... de parler de nos cas et puis... voilà, de poser des questions* ».

Concernant la constitution des groupes, la participante ayant fait remarquer que les internes de première année auraient plus de difficultés à intégrer de tels groupes propose justement d'attendre au moins la deuxième année d'internat pour les proposer. Un autre interne propose que la participation se fasse sur la base du volontariat afin d'éviter que seule une minorité des participants soient actifs : « *si pendant... pendant le groupe, y en a deux qui discutent et tout le monde reste en retrait, c'est pas pareil, ça fait pas la même...* ». Un troisième suggère de faire tourner la composition des groupes, de manière à apporter régulièrement de nouveaux regards, car il a « *peur que si on présente toujours aux mêmes... aux mêmes personnes, ben qu'à un moment ça s'essouffle* ».

Deux internes ont fait des suggestions sur l'organisation de la RMM. Le premier propose qu'il y ait un rappel des consignes avant chaque nouvelle réunion, afin que « *la réunion se passe le plus rapidement et que ça apporte le plus, pour que ce soit... pour que ce soit assez direct, quoi* ». La deuxième conseille de mettre en place ces réunions de manière régulière, pour qu'elles aient un réel impact sur les internes. Admettant qu'elle a elle-même rapidement délaissé les actions d'amélioration discutées lors de la séance, elle explique que des RMM répétées pourraient inciter les internes à mieux intégrer la réflexion sur leur pratique à leur formation : « *c'est vrai qu'on est pris par le rythme et tout, et après on... en fait, on... enfin, on retombe un peu dans les mêmes travers et tout... Mais euh... à mon avis, ça peut être intéressant de... peut-être le faire plus souvent, enfin de le faire, au moins, régulièrement parce qu'au moins on est un peu... si on le fait régulièrement, on est un peu dans une démarche... aussi de... enfin de réfléchir, par rapport à ça* ».

Deux propositions ont également touché à la discussion. Un interne propose d'intégrer aux débats un médecin d'un service « *hospitalier ou autre chose* », dans le but d'avoir un point de vue différent, comme, par exemple, « *l'avis d'un médecin urgentiste, parce qu'il y avait pas mal de cas qui se rapportaient à des urgences, globalement... bah, ça peut avoir aussi un éclairage différent* ». Une deuxième interne propose que les actions d'amélioration soient intégrées à des protocoles, sans préciser ou donner d'exemple. Elle reconnaît que « *c'est un peu difficile aussi, je pense* ».


(CC BY-NC-ND 2.0)

Les deux dernières suggestions viennent des deux mêmes internes. Faisant partie des personnes ayant apprécié l'aspect groupe de parole de la RMM, ils proposent de développer cette facette de la discussion. Selon eux, le soutien moral manque dans la formation initiale (« *C'est un peu : « Démerde-toi, Jeannette ! » et puis... et puis ça peut... ça peut être assez mal vécu par des internes* », « *la seniorisation, on sait déjà qu'elle est... bancale, dans énormément de services euh... hospitaliers, dans lesquels on passe* ») et la RMM leur paraît être une méthode adaptée pour évoquer « *des situations qui nous ont posé problème* ». Leur deuxième suggestion est que la RMM soit proposée « *systématiquement aux internes* », que ce soit dans « *les groupes de GEP* » ou en dehors, « *dans nos études, à la fac, via des MG ou via les groupes qu'on peut constituer à la fac* ». Cela correspond à une attente des internes, selon eux : « *on le fait, on en a besoin. Déjà, on le fait sans cadre. Pourquoi pas proposer quelque chose d'un tout petit plus... formel, tu vois, dans le bon sens du terme* ».

Les limites de cette RMM entre internes ont été principalement décrites par un des participants. Tout d'abord, celui-ci estime que, pour améliorer sa pratique à la suite d'un EIAS, il faut avoir été marqué personnellement par l'événement. Se basant sur sa propre incapacité à se souvenir des autres cas et des actions d'amélioration qui avaient été discutées, il explique par exemple : « *je trouve que, quand tu te sens moins impliqué dans le sujet, t'as un peu plus de mal à te dire : « Ouais, il faut que j'améliore ça ! ». D'ailleurs, tu vois, j'ai même pas pu te ressortir des trucs euh... ça fait longtemps, ça fait six mois, mais (...) je suis incapable de te ressortir un truc* ». La principale limite qu'il retient concerne l'application des actions d'amélioration. Les discussions ayant lieu en dehors des lieux de survenue des EIAS, elles ne peuvent aboutir à des actions concrètes puisque les acteurs des soins n'y participent pas : « *Justement, l'intérêt des RMM, c'est... Enfin, moi, je me souviens, on en a fait quelques unes et (...) y avait aussi beaucoup d'échanges entre les... les gens qui étaient sur place, en se disant : « Bah, si on fait comme-ci, si on faisait comme-ça ? Est-ce que ce serait possible, dans le service ? ». Alors, on posait la question à la cadre de santé : « Est-ce que, si on fait cette action d'amélioration, l'équipe sera OK ? ». (...) Là, c'est euh... On est un peu plus détachés, du coup. Parce que, on va dire : « Il faudrait faire ça », mais c'est du « faudrait », c'est... Concrètement, on est pas dans le service, on est pas dans la maison de santé, on est pas...* ». Il est rejoint, sur cette remarque, par deux autres internes qui trouvent, par exemple, que « *quand c'est quelque chose, après, d'organisation de service, c'est... effectivement, c'est plus logique de faire ça... dans le service avec, surtout, les médecins et tout ce qui... toutes les infirmières, les aides-soignantes et les autres... paramédicaux* ».


(CC BY-NC-ND 2.0)

### 3. Acceptabilité de la RMM entre internes et de l'analyse d'EIAS

La RMM et le travail autour d'EIAS en groupe ont été bien acceptés par les participants. Le thème était jugé intéressant par huit internes, avant ou après avoir participé à la revue : « *Le projet a l'air intéressant, donc euh... et puis, ça fait toujours du bien de re... de revoir des choses, des cas qui ont pu nous poser problème, donc... (…) Ça me posait pas de souci de faire ça* ». Ils ont notamment apprécié d'analyser ces situations car « *ça nous marque et aussi, on est intéressé pour... ben pour comment faire pour l'éviter...* ».

Douze participants disent n'avoir pas ressenti de difficulté en parlant de leur cas, que ce soit d'une manière générale, pour onze d'entre eux (« *Enfin non, y avait pas eu de... de souci particulier* », « *Donc toi, sur ce moment-là, pas de... difficulté particulière, a priori euh..? - Pas spécialement, non*. ») ou plus particulièrement pour les situations d'"événements indésirables, pour trois internes (« *Ça me dérange pas du tout de... d'évoquer de... d'évoquer des soucis qui peuvent se passer à l'hôpital ou même à l'extérieur* »). Trois internes n'ont pas ressenti de culpabilité, ne se sentant « *pas totalement responsable dans cette histoire* » ou « *pas directement impliquée* ». Deux reconnaissent toutefois qu'ils auraient pu avoir des difficultés si cela avait été le cas.

L'atmosphère de la RMM a été jugée favorable à la discussion par dix participants (« *c'était suffisamment euh... large avec une... une expression libre pour euh... pour permettre euh... ben, l'expression de... de l'expérience de chacun et ça, c'était, c'était bien aussi, quoi...* ») avec une participation libre de chacun (« *Tout le monde donnait bien son avis* »). Neuf internes évoquent même une attitude d'écoute (« *oui, je me sentais à l'aise, enfin... et puis, oui, les autres autour étaient... étaient à l'écoute, quoi* »), de compréhension (« *Plutôt des... plutôt de la compréhension, plutôt qu'autre chose* »), voire de bienveillance, pour certains : « *j'ai entendu euh... beaucoup de euh... de... de paroles réconfortantes et euh... et justement pas moralisatrices* ». Douze internes expriment d'ailleurs leur sentiment de ne pas s'être sentis jugés, pendant les discussions, ce que résume bien l'une d'entre eux : « *c'était pas un colloque de... gens, qu'étaient prêts à juger et à mettre à l'échafaud* ». Pour quatre internes, la présentation de leur cas « *a interpellé les gens* », voire les a « *un petit peu étonné* », sans que l'on retrouve de ressenti négatif associé à ces impressions.

Le cadre de discussion entre internes était intéressant pour huit participants, afin de voir « *comment est-ce que ses pairs peuvent soit nous proposer une façon différente de voir les choses, soit nous... voire même nous rassurer parfois* » et explique aussi cette ambiance de travail car « *c'est plus tranquillisant, c'est plus déculpabilisant, on va dire, avec des gens qui sont au même niveau.* ». Six internes reconnaissent justement s'être sentis plus libres que s'ils en avaient parlé dans leur service : « *C'est vrai que l'avantage d'être entre internes, bah... on a... on a pas les barrières qu'on peut avoir avec les chefs* ». Une interne précise, par exemple, qu'elle n'aurait pas osé


(CC BY-NC-ND 2.0)

« *remettre en question la personne (…) qui avait vu la patiente, initialement* ».

Concernant la présentation du cas, deux internes précisent avoir eu des difficultés à retranscrire la situation, notamment parce que « *c'était assez long, en fait, d'expliquer toutes les étapes de ce qui s'était passé, ce qui avait conduit à l'erreur* ». Au contraire, quatre autres estiment ne pas avoir eu de difficultés de ce point de vue : « *J'ai réussi à... je pense, à bien exposer le... le cas (...) et j... j'espère que c'était assez clair. Enfin, j'ai eu l'impression* ».

Quelques internes ont noté des freins à la discussion. Trois internes évoquent ainsi la difficulté liée à admettre une erreur, ce qui ressort bien du discours de ce participant : « *C'est difficile parce que on est en train d'admettre, enfin moi, j'étais en train d'admettre que euh... j'avais fait une erreur et une erreur qui potentiellement avait eu des conséquences quand même importantes* ». Une autre a eu l'impression d'être seule à parler d'une erreur (« *Après, moi, j'ai vraiment senti que, par contre, y avait que moi qui disait quelque chose... par ma faute, quoi* »), sans que ce sentiment ne lui ait fait regretter son choix : « *Mais bon, après... c'est pas grave, j'assume, hein* ».

Deux internes ont rapporté l'impression d'avoir peu participé aux discussions concernant leur cas, ayant déjà exposé tout le contexte et leur ressenti de l'événement. L'un d'eux explique, par exemple : « *après j'intervenais quasiment plus, étant donné que j'avais vraiment exposé toute la scène. Donc après, c'était vraiment des interactions entre... entre les gens* ». Une autre interne s'est sentie freinée, lors de l'analyse de certains cas, pour « *parler de sujets, de discuter sur des sujets où en fait euh... t'y connais pas grand chose et tu vois... tu te rends pas compte de ce que c'est* », notamment dans des terrains de stage qu'elle n'avait pas encore connus, comme par exemple « *en ambulatoire ou de médecine dont on a pas l'habitude, et pareil, où c'est difficile de... de se représenter comment ça se passe et, du coup, d'analyser* ».

Enfin, deux internes évoquent la limite de ce genre de travail dans la première année de l'internat. Une interne de premier semestre, justement, explique être encore très encadrée par ses chefs et donc peu exposée aux EIAS car « *c'est vrai que, pour le moment, ils limitent un peu les erreurs, je pense* ». Une interne de quatrième semestre va dans le même sens, en se rappelant ses débuts d'internat : « *moi je trouve que quand j'étais en premier semestre... j'avais l'impression que j'étais larguée partout, que je... Après, on fait peut-être des erreurs mais c'est... voilà, c'est des erreurs... Normalement, t'as ton chef qu'est censé passer derrière toi donc c'est un peu scandaleux, si tu fais des erreurs en premier semestre... Parce que, normalement, on est censé te récupérer, quoi* ».

Au final, les quinze participants expriment leur accord pour recommencer une RMM dans ce


(CC BY-NC-ND 2.0)

cadre, que ce soit d'une manière spontanée (« *Donc... moi, ça m'a fait envie, oui. Et justement, en y repensant, (...) je me dis qu'il faudrait recommencer.* », « *Je pense que... je pense qu'il faudrait... on pourrait remplacer quelques GEP par... par des revues de morbi-mortalité, oui...* ») ou lorsqu'on leur pose la question (« *Euh... et, du coup, tu serais d'accord, pour recommencer, éventuellement, ce type, justement, de... de groupe d'échanges... - Oui. - Euh... après... enfin, plus tard dans l'internat ? - Oui. Bah, oui, oui. Bien sûr, ouais.* »). Les membres du premier groupe ont même décidé de continuer à en organiser une par an, sur une suggestion de leur tuteur, ce qui a été confirmé par cinq d'entre eux : « *On en a parlé, d'ailleurs, avec euh... notre médecin référent de GEP, qui nous propose de le refaire chaque année (...) et le groupe s'est porté volontaire. Le groupe a dit : « Ouais, ouais. On est bien d'accord ».* », « *je suis assez d'accord avec euh... Mr X (tuteur du groupe), à la fin, qui disait que voilà, il aimerait bien instaurer la RMM, tous les ans, parce que je pense que c'est très enrichissant et je suis ressorti avec euh, en me disant qu'effectivement c'est comme ça qu'on doit bosser, quoi* ».

## 4. Impact émotionnel de la RMM

### *1. Sur le vécu du cas présenté*

Un premier niveau d'impact est noté, chez certains internes, sur le ressenti de l'événement présenté. Six participants témoignent ainsi d'un sentiment de déculpabilisation, après avoir présenté et analysé leur EIAS en groupe : « *Ça... ça déculpabilise, quand même. Mine de rien, ça déculpabilise* ». Ce sentiment est présent de différentes manières. L'une de ces internes admet avoir relativisé la gravité de son cas, après avoir entendu ceux présentés par ses collègues : « *enfin, quand je regarde, quoi, mon cas puis celui des autres, finalement, je me dis : « Ben, ça va, quoi. »* ». Un autre interne a relativisé la gravité de son cas, par rapport au peu de conséquences qu'il a engendré : « *ça permet un petit peu, en quelque sorte, de démystifier le truc où... (…) où on met les choses à plat et où on se dit que... bon bah, c'est une connerie mais que... ça a été rattrapé et ça... ça permet de... un peu de se rassurer* ». Pour un autre, le simple fait de parler de son expérience a eu un effet cathartique : « *mais, du coup, d'en parler aux autres... ouais ça... pfff, ça lève un poids, ça... C'est un peu... ouais, c'est un peu une psychothérapie* ». Chez une quatrième, cet effet apparaît à la lumière de l'analyse des facteurs favorisants : « *C'est vrai que, en... en réfléchissant euh... sur le fait qu'il y avait énormément de facteurs... qui... qui avaient influencé (…) on se dit que... on est pas le seul acteur responsable* ». Trois internes évoquent l'importance du retour des autres dans leur sentiment de soulagement : « *Par contre, sur le retour des autres, ce qui m'a semblé euh... ce qui m'a semblé intéressant, c'est que là où moi je... je me sentais très culpabilisé (...) mes collègues m'ont... m'ont fait remarquer que les choses étaient jouées avant que j'intervienne, au moins en*


(CC BY-NC-ND 2.0)

*grande partie et ça m'a... déjà ça, ça m'a soulagé* ». Deux internes décrivent même avoir ressenti un sentiment de solidarité de la part des autres participants : « *ça fait toujours du bien de... de... de se dire.. se dire... voilà, les autres ils comprennent la situation qu'on a eue, ils sont... ils sont solidaires avec nous* ». Chez deux de ces six internes, on retrouve justement un sentiment de responsabilité dans les raisons du choix du cas, notamment celui qui ressentait une forte culpabilité. Un troisième reconnaît : « *J'attendais qu'on me... peut-être qu'on me rassure* ».

À l'inverse, sept internes disent n'avoir eu que peu ou pas du tout de changement dans leur ressenti du cas qu'ils ont présenté. L'une d'elles reconnaît qu'elle n'était « *pas directement impliquée* », ce qui ressort aussi du discours d'une autre interne. Pour les cinq autres, le sentiment de déculpabilisation était déjà survenu avant de présenter le cas en RMM, en l'évoquant dans d'autres contextes (service ou entourage), comme l'explique l'une d'entre elles : « *Comme j'avais déjà pu en reparler avant, euh... j'avais un ressenti... ben j'avais... je m'étais déculpabilisée* ». Le débriefing avec un senior avait notamment pu permettre ce travail : « *Après, j'en ai plus reparlé parce qu'on avait réglé le problème, on avait bien compris que c'était pas forcément... enfin, si, c'était quand même une erreur de ma part mais qui pouvait se comprendre, étant donné que j'avais une certaine pression* ».

### *2. Sur le vécu des événements indésirables*

Un deuxième niveau d'impact émotionnel ressort de ces entretiens, consistant en un changement de vision plus large vis-à-vis des événements indésirables, d'une manière générale. En premier lieu, ressort l'idée d'avoir été rassuré de constater que tous les autres participants étaient également « *dans les différents stages (...) confrontés à des événements indésirables* ». Cette notion, déclinée aussi sur l'erreur (« *on s'est tous rendu compte qu'on faisait tous des erreurs, quoi* »), ressort en effet chez neuf participants. À cela s'ajoute, chez trois d'entre eux, le rappel de la faillibilité humaine : « *y a pas de super médecin, tu vois euh... qui ne se planterait jamais ou qui n'aurait jamais fait aucune erreur* ». Une dixième interne les rejoint sur ce point : « *et surtout ça... montre qu'on est pas infaillible, quoi* ». Enfin, pour l'une d'entre eux, la RMM a changé le regard qu'elle portait sur ses co-internes : « *je pense que ça nous a rapprochés quand même aussi* ».

D'autre part, on retrouve l'idée, évoquée par six internes, de pouvoir dédramatiser les EIAS. De cette idée, découle notamment l'importance de partager ses erreurs, comme l'expliquent ces participants : « *Après euh... moi je pense que c'est... j'étais... voilà, ça m'a confirmé dans le fait qu'on fait tous... des erreurs, quoi, et que... et qu'il faut surtout en parler* », « *d'en avoir discuté et de... de te rendre compte, aussi, que t'en as d'autres qui peuvent aussi en faire, je pense que ça... ça aide quand même* ».


(CC BY-NC-ND 2.0)

Au total, quatorze des quinze participants évoquent un changement de ressenti sur au moins un de ces deux niveaux.

## 5. Impact sur la qualité et la sécurité des soins

### *1. Impact en termes de changements de pratiques*

#### 1. Actions d'amélioration

Tous les internes sont capables de se rappeler au moins une des actions d'amélioration qui avaient été proposées le jour de la RMM. La grande majorité ne se rappelle cependant que de propositions discutées pour le cas qu'ils avaient présenté. Les souvenirs pour les actions d'amélioration discutées pour les cas des autres sont plus flous, voire absents, ce que l'un des participants reconnaît : « *Non, par rapport aux autres cas, j'ai pas vraiment retenu d'autre action...* ». Parfois, il est resté quelque vague idée, « *plutôt des impressions générales, (...) c'est plutôt... voilà, c'est plus une idée générale... de vigilance... de... de sécurisation...* ». Six participants en ont tout de même retenu certaines, souvent en rapport avec un cas qui les a marqués. Dans le premier groupe, le cas d'insuffisance rénale suite à une injection de produit de contraste est, par exemple, cité par trois internes, chez qui cet exemple a pu induire des vérifications systématiques : « *Le scanner, j'y ai repensé plein de fois. (…) Je pense que j'ai plus tiqué... sur mes scanners et tout ça, après. Le jour où ils partaient : « Ah, c'est cet horaire-là. J'essaierai de voir la créat' avant ou... ». Ça m'a servi après, en fait.* ». Dans le deuxième groupe, une participante cite l'exemple du cas de confusion entre morphiniques et de la prescription « *des médicaments en DCI* » qui avait été proposée. Pour un interne de chaque groupe, il reste même des souvenirs assez précis de situations présentées par leurs co-internes : « *Par rapport aux autre cas... Euh... je me souviens du cas de gynécologie, sur... le stérilet, où euh... où c'était surtout une question de recommandation sur : est-ce qu'il faut faire une échographie, systématiquement ou pas...* », « *Donc là, c'était plutôt l'amélioration au niveau de l'organisation... et puis, voilà, de la formation, en fait, des connaissances qu'on peut avoir, des seniors à qui on peut se référer si on a un souci.* », « *bah, revoir le patient, dans sa globalité, c'est aussi important, même si y a un risque vital à l'entrée, forcément, on s'en occupe mais...* », « *On voit que la mauvaise information entretient les... ben les effets indésirables, entretient les dangers pour les patients* », « *la tenue des dossiers, (...) ça renforce le... le fait de s'appliquer à bien mettre ce qu'on voit, ce qu'on ne voit pas aussi, ce qui est important aussi, pour que les gens qui passent après nous puissent... puissent vérifier l'absence ou... de certains symptômes et, du coup, voir l'évolution des pathologies du patient* ».


(CC BY-NC-ND 2.0)

### 2. Types de changements rapportés

Sur les quinze participants, treize rapportent au moins un changement d'attitude ou de pratique de soins. Ceux-ci ont été regroupés, pour former 15 types de changements différents.

Des changements peu spécifiques ont été souvent rapportés, comme une tendance globale à augmenter la vigilance ou la rigueur (« *je pense que je suis plus rigoureux, du coup* ») quelle que soit la phase de la prise en charge d'un patient (pour 6 internes : « *être vigilant et réfléchir... réfléchir toujours à ce qu'on fait et au moment où on le fait, quoi* »), une plus grande attention portée à la prise en charge globale des patients (6 internes également : « *j'essaye toujours de faire attention à ne rien oublier, même si on sait bien que, dans les services de spécialité, on a pas toujours le temps de tout revoir* ») ou une plus grande prise de recul (2 internes).

Des changements d'attitudes plus spécifiques sont rapportés, au niveau individuel : des relectures plus systématiques (2 internes), des vérifications avant demande d'examens ou prescriptions médicamenteuses (2 internes, « *Voilà, le scanner, je me dis maintenant : « Ah, il a un scanner, je vais essayer, juste avant, de vérifier sa créat' », quoi* ») ou des recherches d'avis complémentaires, en cas d'incertitude (2 internes : « *je m'entoure, je m'entoure plus...* »). Un interne rapporte une modification de ses habitudes de prescription : « *sur les ordonnances de sortie, j'essaye, tant qu'à faire, de mettre en DCI* ». Ce même interne rapporte également une meilleure gestion des interruptions de travail.

Chez six internes, on retrouve des changements dans la communication. Pour l'une, c'est la notion clé qui est ressortie de la RMM : « *Enfin, communiquer. Je pense que c'est vraiment le mot, pour moi, de... qui ressortirait du... de... de ces... de ces revues de morbi-mortalité* ». Trois d'entre eux rapportent une tendance à plus communiquer, que ce soit avec des médecins ou avec les équipes de soins (pour deux d'entre eux) : « *Et je le dis à l'infirmier. C'est rare que je vais pas transmettre mes... ce que je change, de manière importante, pour pas qu'il y ait de couac* ». Un interne déclare prendre plus de temps pour interroger et informer ses patients :« *Donc, des fois, faire une toute petite pause, reformuler un tout petit peu avec le patient, rediscuter de ce qui se passe, ce qu'on est en train de faire, ce qu'on programme, juste reprendre un peu les choses avec lui, ça m'aide à... ne pas oublier d'autres trucs, avoir une... une vision un tout petit peu plus large.* ». Le sixième insiste sur l'importance de l'information notée dans les dossiers.

Une interne rapporte une plus grande méfiance vis-à-vis des autres soignants car « *c'est vrai que les... que les... ouais, que les seniors, ils peuvent, hein, aussi se tromper, des fois.* »

Deux internes déclarent des changements sans préciser lesquels. Pour l'une des deux, la RMM lui a sans doute apporté quelque chose, sans pouvoir préciser quoi : « *mais je pense que, globalement, de toute façon, le fait de discuter ça... ça a forcément un impact, on fait attention à certaines choses et... Donc je pense que oui. - D'accord. Sans pouvoir dire exactement quoi, mais...*


(CC BY-NC-ND 2.0)

- *Non, sans pouvoir dire, non.* ».

Pour huit internes, d'autres changements cités n'ont pas été retenus car étant survenus avant la RMM. Dans la plupart des cas, il s'agissait de modifications d'attitude ou de pratique survenues au décours du cas présenté, illustrées dans ces citations : « *Bah, ce qui y a de sûr, c'est que dans le service, immédiatement après, par rapport à mon cas, bah y a des choses qui ont été améliorées* » ou « *ben moi déjà, j'avais... j'avais retenu de mon erreur, quoi. Ça... Enfin, si jamais je me rends compte que je vais pour... pour vacciner et que j'ai pas re-regardé le carnet, oui, je vais aller re-regarder le carnet avant de re-vacciner* ». Dans d'autres cas, les causes des changements sont mêlées entre l'expérience acquise en stage et la RMM : « *C'est difficile à dire si c'est l'effet du stage prat' ou l'effet de la RMM qui a... qui a causé ça* ».

Au contraire, neuf internes mentionnent la difficulté, voire l'impossibilité de procéder à des changements concrets, suite à la RMM. Cinq grandes raisons ont été avancées.

La première d'entre elles est tout simplement le fait de ne pas avoir rencontré, par la suite, de situation approchant celles qui avaient été étudiées, ce qui ne permet pas d'appliquer les actions d'amélioration qui avaient été discutées.

Quatre internes citent également la difficulté à appliquer concrètement les actions d'amélioration dans leur terrain de stage, soit car la pratique ne permet pas de le faire (2 internes), soit parce que les améliorations passeraient par une discussion à avoir à l'intérieur du service (3 internes). Cette idée est assez bien résumée par l'une d'entre eux : « *On a fait ça, entre internes, finalement, qui étaient tous dans des services différents... (…) Mais, à mon avis, pour pouvoir améliorer, en fait, c'est un problème qui est interne au service. En fait, il faudrait déjà plus réussir à en discuter avec nos chefs et... et améliorer les choses à l'intérieur même du service, en fait.* ».

Un interne cite la difficulté à se rappeler les cas et les actions d'amélioration discutés, lors de la RMM : « *c'est que je pense que les cas des autres euh... quand on est pas concerné par la situation, ne serait-ce que parce que euh... on est pas dans les mêmes stages, on est dans des lieux différents, on a peut-être plus de mal à se euh... à s'imprégner de ce qu'ils nous racontent et donc, du coup, de s'en souvenir dans la longueur, tu vois.* »

Trois internes ne rapportent tout simplement pas d'impact concret sur leur pratique. Deux d'entre elles citaient tout de même un apport sur le niveau de vigilance global ou sur la prise de recul. La troisième ne rapporte effectivement aucun changement, notamment car les améliorations éventuelles devraient être discutées à l'intérieur du service (interne citée ci-dessus).

Enfin, pour un participant, le fatalisme l'emporte et le fait douter de la possibilité de prévenir les EIAS : « *on a beau mettre tout en place, j'ai un côté un peu fataliste où on dit : « Ben, ça va nous arriver quand même », quoi. C'est ça... c'est ça qui est un peu... un côté frustrant vraiment...* ».


(CC BY-NC-ND 2.0)

### 3. Caractère défensif ou constructif

Parmi les changements de pratiques ou d'attitudes cités par les internes, une seule participante semble avoir réalisé un changement d'ordre défensif. Il s'agit de l'interne confiant être plus méfiante vis-à-vis de ses collègues ou des paramédicaux et qui déclare avoir plus tendance à vérifier le travail des autres : « *Les inf', pareil, maintenant, je repasse... parce qu'elles m'ont fait aussi deux-trois bourdes, des fois et euh... je repasse, quoi, maintenant. Je m'assure que... ben, que tout est... tout est fait, je m'assure que tous les... que tous les papiers sont... sont donnés, je m'assure que la... ben, un truc tout con, quoi, mais euh... mais que la BU a été faite euh...* » , « *Et euh... voilà, puis à... à pas trop, trop faire conf... confiance non plus, quoi, puis se dire... ben, que tout le monde peut... peut se tromper.* ».

Tous les autres changements cités procèdent d'augmentation de la rigueur ou de la vigilance, d'attention plus poussée sur la communication, les prescriptions, les examens prévus... Ces changements peuvent être considérés comme constructifs car allant dans le sens d'une meilleure sécurisation des soins.

### 4. Caractère individuel ou systémique

Une majorité des changements de pratiques cités par les internes procèdent de démarches individuelles (24 occurrences) : vigilance ou rigueur accrue, attitude réflexive, changements de prescriptions, plus grande attention portée aux prescriptions médicamenteuses ou à celles d'examens complémentaires...

Dans un plus faible nombre de cas (7 occurrences), les changements ont porté sur la communication (avec les soignants ou avec le patient, dans quatre cas), la tenue du dossier (un cas), la recherche d'avis complémentaires auprès de confrères (deux cas). Ces changements de pratiques impliquent notamment le partage de l'information et ne concernent donc plus le seul individu.

### *2. Impact en terme de culture de sécurité*

Au-delà de changements de pratiques ou d'attitudes, la RMM semble avoir fait naître quelques considérations à propos de la culture de sécurité chez les internes qui y ont participé. Chez deux participants, ces notions semblaient déjà bien ancrées, notamment l'importance de la communication entre soignants (« *je pense que c'était des bêtises, qu'on... qu'on aurait pu éviter si euh... si y avait eu un tout petit peu plus de communication. Donc, avec des choses très simples, on aurait pu vraiment éviter une catastrophe.* »), du partage et de la discussion sur les EIAS (« *Je sais que moi j'avais plus discuté avec les infirmières, derrière... (…) Parce que je leur avais fait part de mon sentiment et que... elles étaient... elles étaient pas bien non plus, hein, également. Donc, y avait*


(CC BY-NC-ND 2.0)

*eu une discussion, dans le service, qui avait fait qu'on avait eu plus de communication et que, du coup, ça roulait mieux.* »). L'un de ces deux internes, qui avait déjà participé à plusieurs RMM en service, évoque d'ailleurs leur grand intérêt pour apporter des actions concrètes, au sein d'une équipe soignante : « *Ce que je veux dire, c'est que euh... La RMM, elle avait... elle a vraiment un intérêt – et je pense qu'on l'a fait dans le service - de discuter : « Qu'est-ce qu'on aurait pu faire pour éviter ce cas-là ? ». (...) Et, en fait, ce qui en est ressorti c'est : dorénavant, l'infirmière – on lui en a reparlé – il faut qu'elle nous appelle. Euh... le médecin, quand il a ce cas, d'un enfant qui commence à être en détresse respiratoire, on lui met la tcpCO2, de façon systématique. Voilà, donc ça, c'est des choses qui sont ressorties, des barrières qu'on a rajoutées, pour empêcher que le cas se reproduise.* ».

À l'opposé, il ressort du discours de certains internes des solutions individuelles à des situations pourtant bien analysées comme dépendantes de tout le système de soins, comme dans cet exemple : « *en fait, chacun... enfin, comment... chacun a apporté sa... sa... sa petite... sa petite touche et, au final, enfin... je me suis rendu compte que j'aurais pu être, moi, cette... cette interne-là, quoi. (…) Non, non, ça m'a bien... bien fait réfléchir. Et même, du coup, maintenant, donc avant de prescrire, t'sais les... enfin, les antibio... (…) je regarde toujours donc fonc... euh... fonction rénale et puis euh... allergie, quoi.* ». Un autre s'est resservi du travail fait en RMM, pour l'appliquer à un nouvel EIAS vécu en service : « *J'ai eu euh... j'ai fait une autre bêtise, dans... dans ma pratique, dans ce stage. J'ai repensé au travail qu'on avait fait euh... et que tu nous avais proposé, il y a six mois, là avant.... euh... Et, du coup, moi, mon... ma façon de le prendre en charge, ça a été, justement de euh... de voir comment est-ce que je pouvais corriger derrière cette bêtise que j'avais faite euh...* », oubliant au passage l'importance du caractère collectif de la RMM. Un troisième interne perd de vue, lui aussi, l'intérêt collectif de la méthode : « *Je savais ce que, moi, je devais corriger, avant de... de... de participer, justement, à ta... à ta revue de morbi-mortalité.* ».

Dans d'autres cas, la perception du risque lié aux activités de soins semble faible, que ce soit sur la reconnaissance des EIAS (« *Mais moi, j'ai jamais eu de trucs comme ça. Soit on m'a récupérée, soit je l'ai pas su.(...) j'ai l'impression que j'ai jamais eu de choses comme ça, je crois aussi.* ») ou par une sous-estimation de la faillibilité individuelle : « *C'est vraiment, plus ce que... ce que m'ont appris les médecins, que, au fur et à mesure... Moi, j'ai... j'ai un maximum de connaissances, qui vont s'amenuiser, au fur et à mesure, si je l'entretiens pas, mais que, justement, euh... pour compenser, ben, tu fais de plus en plus gaffe à euh... à ce que tu peux prescrire ou à ce que tu peux penser sur... sur la pathologie du patient, quoi* ».

Entre ces deux opposés, des notions en lien avec les dimensions de culture de sécurité sont


(CC BY-NC-ND 2.0)

identifiables dans le discours de tous les internes interviewés, qu'elles aient été totalement révélées par la RMM ou que celle-ci les ait plutôt confirmées.

La dimension qui ressort le plus souvent est l'importance de la discussion autour des EIAS, qui est notée dans les entretiens de 13 internes. Celle-ci est déclinée autour de la discussion, sans précision (10 internes), de l'intérêt d'entendre les situations complexes vécues par d'autres, notamment pour les anticiper (10 internes), de l'importance de l'analyse de ces situations pour mieux les comprendre (deux internes) et, enfin, de l'intérêt de les analyser dans le service impliqué, pour pouvoir y remédier concrètement (deux internes).

L'une des notions les plus fréquemment retrouvées est celle du caractère systémique des EIAS, qui est identifiable chez six internes. Cette lecture systémique permet d'éclairer les causes profondes de l'événement présenté, pour certains internes : « *Enfin, ça permet un peu de lister – parce qu'on s'en rend pas compte sur le moment – bah, quand on... quand on revient sur l'histoire, on fait un peu le point et on détaille... bah tous les événements qu'ont participé et qu'ont concouru à ce que ça... Bah, ça met un petit peu en lumière ça, ouais. On s'en rend pas spécialement compte, sur le coup. On se dit : « Bah, c'est juste ça. », sans se dire : « J'ai été appelé, j'étais pas au bon endroit, j'ai fait ça, j'ai fait ça. »...* ». Chez d'autres internes, cette dimension se voit plutôt confirmée par l'analyse de toutes les situations, faite en RMM : « *Ben, ça... ça a encore plus confirmé... enfin... l'idée des plusieurs murs... que tout passe à travers ; c'était une idée que j'avais déjà un peu mais ça a vraiment accentué le truc. Enfin, à chaque fois, y a plusieurs trucs, quoi. C'est... ça passe à travers toutes les mailles du filet et... (…) donc ça a vraiment confirmé ça parce que tous les cas c'était un peu ça. En règle générale, y a jamais juste... enfin, y a eu plusieurs étapes et à chaque fois ça a foiré.* ».

Chez cinq internes, on retrouve une notion approchante qui est celle de la perception d'un système vulnérable aux EIAS (« *Mais euh... après, pour les autres cas, euh... y avait souvent eu quand même les... les erreurs de transmission. (...) C'était surtout... ouais, ce que j'ai retenu les... les défauts d'information, quoi. (…) et euh... les organisations de service.* »). Cinq internes évoquent également leur perception du risque de survenue de nouveaux EIAS (« *les erreurs euh... arrivent... qu'elles arrivent à tous, malgré tous nos efforts pour les éviter hein, elles se... elles peuvent quand même arriver* »), et même de la nécessité de les rechercher : « *- Je pense qu'ils sont plus fréquents que ce qu'on peut imaginer. - Hmmm... - On s'en rend pas toujours compte et surtout.... on est pas forcément au courant. (...) Je pense qu'on... Ils sont sous-estimés...* ».

Une autre notion fréquemment citée est celle de la faillibilité humaine, que l'on retrouve aussi chez six internes (« *on est juste des humains, quoi* », « C*'est assez aussi réconfortant de se dire que... ben voilà, on n'est pas... on n'est pas des machines, on n'est pas parfaits* ») et qui ressort aussi sous l'idée d'avoir conscience de ses limites pour passer la main, quand cela s'avère


(CC BY-NC-ND 2.0)

nécessaire : « *quand le médecin généraliste, il dit : « Je sais pas ce que c'est mais je vais vous envoyer chez le spécialiste », c'est bien continuer à prendre en charge le patient et c'est... c'est pas anormal de ne pas savoir ce qu'il a, mais c'est de pouvoir l'orienter correctement* ».

Enfin, un interne évoque à la fois les notions d'évitabilité et de récupération ou réparation des EIAS ou des erreurs : « *Si jamais elles peuvent pas toutes être évitées, elles peuvent plus ou moins être réparées* ».


(CC BY-NC-ND 2.0)

# *Discussion*

## 1. Résultats

### 1. Participants et cas cliniques

Il existe dans l'étude une représentativité partielle des internes de médecine générale, du fait de l'absence attendue d'internes de troisième année. En effet, à la Faculté de Médecine de Lyon, ces derniers ne participent pas aux GEP avec les autres internes, mais sont tenus d'organiser des réunions entre eux, de manière autonome. Ceci pourrait biaiser les résultats de cette étude mais, s'agissant d'internes de dernière année et ayant donc plus d'expérience, notamment des EIAS, on peut supposer que leur présence aurait plutôt été favorable à la tenue des séances. Cette hypothèse est d'ailleurs corroborée par deux participants, qui ont noté que les internes de deuxième année apportaient des cas plus intéressants ou participaient davantage à l'analyse, par rapport à ceux de première année. Cette absence peut donc limiter les bénéfices attendus sur l'intérêt des RMM.

Par ailleurs, il existe, au département de Médecine Générale de la Faculté de Lyon, des ateliers consacrés à l'erreur médicale. Au cours de ces ateliers, certains internes participent à des groupes de discussion sur un événement indésirable qu'ils ont vécu, qui s'apparentent à des revues de morbi-mortalité informelles. Un de ces groupes de discussion est d'ailleurs à l'origine de ce travail. Afin de ne pas introduire de biais de sélection, en recrutant des internes ayant choisi de participer à des ateliers de réflexion sur l'erreur médicale, nous avons préféré organiser des groupes indépendants de ces ateliers.

Les participants avaient très peu d'expérience de la RMM auparavant. Parmi eux, dix n'avaient jamais assisté à aucune revue. Leur connaissance de la méthode était, au mieux, théorique et la moitié n'en avait que vaguement entendu parler. Des cinq internes qui avaient pu assister à des RMM, deux n'avaient pas pu participer aux échanges et une troisième avait participé mais une seule fois. Des deux derniers, même l'interne qui avait effectué un semestre de chirurgie, au cours duquel il avait pu assister à des RMM mensuelles, reconnaît qu'il s'agissait de sa « *première participation vraiment active, avec une présentation d'un cas, dans une RMM* ». Cette mauvaise connaissance de la méthode peut également en diminuer les bénéfices attendus. On peut toutefois nuancer, en se rappelant que les internes participent régulièrement à des discussions informelles ou aux colloques d'équipe organisés dans les services, ce qui était le cas pour sept des participants, à propos du cas qu'ils ont présenté. La maigre expérience de cet échantillon d'interne, alors que ceux-ci passent régulièrement dans des services d'urgences ou de gynécologie, peut illustrer le fait que la RMM est encore loin d'être généralisée dans les services hospitaliers.


(CC BY-NC-ND 2.0)

Parmi les quinze cas présentés, six avaient un degré de gravité modérée et cinq sévère, les quatre autre étaient de gravité nulle. Dans l'étude d'Emily Venus(26), le degré de gravité, évalué par les internes eux-mêmes, sur des erreurs qu'ils estimaient avoir commises était également assez partagé, avec 33% de conséquences graves, 38% de conséquences moyennes ou bénignes et 25% nulle. Chez les médecins généralistes des conférences Paul Savy, seul le chiffre de six cas graves sur 36 présentés est cité(12). Les quatre internes ayant choisi de parler d'une erreur personnelle ont présenté des cas de gravité nulle pour trois d'entre eux, et modérée pour la dernière, ce niveau étant retenu en raison de l'allongement de la durée d'hospitalisation, en l'absence de conséquence clinique pour le patient. Cette répartition semble sensiblement différente de celles des événements présentés par les autres internes et on peut s'interroger sur la volonté de leurs auteurs de présenter des situations aux conséquences moins graves. Dans la thèse d'Emily Venus, les erreurs évoquées lors des entretiens semi-dirigés avaient des conséquences plus sévères (47% de décès et 33% de soins intensifs). Ces situations n'avaient pas été présentées devant un groupe, mais exposées à l'auteur de la thèse uniquement, avec un strict anonymat, ce qui a pu permettre aux internes de parler d'erreurs aux conséquences plus importantes. L'intérêt des RMM ne dépend, de toute façon, pas uniquement de la gravité des situations qui y sont présentées. Ainsi, des presque erreurs, sans conséquences cliniques, peuvent être tout aussi informatives, comme cela est rappelé dans le guide méthodologique de la HAS(8).

Avant de participer à la RMM, la grande majorité des participants avaient déjà évoqué la situation qu'ils ont présentée à au moins une autre personne. Cette donnée est sensiblement identique à celle retrouvée dans le travail d'Emily Venus, où seuls trois internes sur les 21 qui ont répondu à la question disent n'avoir parlé à personne de leur erreur(26). On retrouve d'ailleurs une répartition similaire, 13 internes l'ayant partagée avec un co-interne, 12 avec leur médecin référent et seulement 2 avec les patients.

Les cas des autres participants ont semblé intéressants à chaque interne interviewé. Il s'agit d'abord d'un intérêt global retrouvé chez douze d'entre eux. Le point qui nous paraît le plus important est la notion de situation reconnaissable à chacun dans sa propre pratique. Cette notion est probablement en partie responsable des sentiments d'écoute et de partage d'expérience qui ont aussi été fréquemment cités par les participants. L'idée de bénéficier de l'expérience des autres est d'ailleurs retrouvée dans la travail de Catherine Favier Arnaudier, sur les groupes d'analyse de l'erreur de la Faculté de Saint-Étienne(14).


(CC BY-NC-ND 2.0)

## 2. Une méthode acceptée et appréciée

### 1. *Une méthodologie comprise et une formule adaptée*

Le cadre spatio-temporel des réunions n'a pas été un élément important de ces deux RMM, puisque seuls deux internes l'évoquent. Ceux-ci paraissaient d'ailleurs plutôt satisfaits que les réunions aient la durée d'un GEP classique et se déroulent à la fac.

La compréhension du déroulement de la séance et de la préparation attendue ne semble pas avoir posé de gros problèmes aux participants, avec une courte présentation orale et une fiche de procédure de deux pages. Seuls deux reconnaissent des difficultés à la lecture de la fiche de procédure, ce qui ne semble pas avoir freiné leur participation à la revue. La RMM est une méthode assez simple à mettre en œuvre et qui requiert peu de bagage technique. La fiche de synthèse de la HAS consacrée à la RMM tient d'ailleurs sur trois pages(66).

Le cadre de travail, tel qu'il a été formaté, a semblé être une bonne formule pour les participants : un groupe de taille réduite, composé uniquement de pairs (hormis le tuteur et l'auteur lui-même) et de personnes déjà connues. Ce dernier critère est un point important, qui permet l'instauration d'une ambiance détendue et propice au travail sur un sujet qui peut être délicat, ainsi que certains participants le reconnaissent. Ce n'est pas le cas dans les groupes d'échanges sur l'erreur décrits par Catherine Favier Arnaudier, ce qui a été reconnu comme un défaut pouvant freiner la participation. Certains internes confiaient d'ailleurs attendre de voir ce que leurs pairs allaient dévoiler avant de définitivement choisir l'erreur qu'ils allaient eux-mêmes raconter(14). Le modérateur a un rôle important. Celui-ci doit avoir une certaine expertise, pour garder son double rôle, à la fois dans l'analyse et dans le maintien d'une atmosphère facilitant les échanges, ce qui est également le cas de l'enseignant des groupes d'échanges sur l'erreur de Saint-Étienne(14).

L'absence de jugement est également notée, par un certain nombre d'internes, comme un des points positifs de la méthode. L'importance de ce point est aussi rapportée par les participants des conférences Paul Savy(12), qui ont l'habitude de travailler ensemble, ainsi que par ceux des groupes d'analyse de l'erreur de Saint-Étienne(14). Il semble donc que cet aspect s'installe finalement assez naturellement entre pairs. L'analyse des EIAS ne doit donc pas être en soi une difficulté. Là encore, le fait d'être entre personnes de même « niveau », comme le rappelle une participante, est sans doute à l'origine de cette ambiance, certains internes reconnaissant que le même travail avec des seniors serait plus difficile.

Enfin, le thème de la qualité et de la sécurité des soins est un sujet attendu par les internes. Huit d'entre eux le disent explicitement dans ce travail, parfois même en parlant de leur attente avant la RMM. Au cours de la séance, le travail sur des EIAS n'a pas freiné leur participation, même si une minorité reconnaît avoir pu être gênée par la révélation d'erreurs ou de situations


(CC BY-NC-ND 2.0)

embarrassantes. Il ressort plutôt une volonté d'analyser ces situations, à l'instar de ce que l'on retrouve dans les groupes d'analyse de l'erreur de St Etienne(14), avant lesquels les participants ne ressentent pas d'appréhension particulière, même si certains reconnaissent une gêne à parler de leurs erreurs. Cette volonté semble avoir été prise en compte par les membres du Collège Universitaire de Médecine Générale (CUMG) de Lyon, avec l'intégration, depuis la rentrée dernière, d'une fiche de déclaration d'événement indésirable dans le portfolio des internes(67). Celle-ci leur permet de revenir sur l'EIAS, d'en proposer leur analyse personnelle, les cause qu'ils en retiennent et les mesures correctrices auxquelles ils ont réfléchi. Enfin, elle leur permet de demander que l'événement décrit soit analysé avec un enseignant référent ou en groupe.

### 2. *Une démarche reconnue et suscitant l'intérêt*

Les principales caractéristiques de la méthodologie de la RMM ont été appréciées par les participants : intérêt de l'analyse collective, notamment par les discussions, de la lecture systémique des événements, de la recherche des facteurs favorisants et d'actions d'améliorations. Les internes reconnaissent également la qualité de l'analyse qui est faite des cas présentés, soit directement, soit en la comparant avec d'autres analyses antérieures. Des appréciations similaires sont données des groupes d'analyse de l'erreur décrits par Catherine Favier Arnaudier(14). L'évaluation faite des RMM en soins ambulatoires des conférences Paul Savy retrouve aussi un degré de satisfaction élevé parmi les participants : 5,7 pour la qualité globale des séances, 5,8 pour la qualité de l'analyse sur des échelles de Likert à sept niveaux(12). Pareillement, la revue de G. Bal *et al.* fait état d'avis globalement positifs des participants aux RMM incluses, que ce soit sur le recueil direct de leur opinion, sur leur adhésion volontaire ou sur l'atteinte des objectifs pédagogiques(10).

Cet attrait semble également nourri par le fait que la RMM apporte quelque chose de nouveau, par rapport aux enseignements déjà en place. En premier lieu, l'analyse des EIAS en est quasiment absente, d'après les participants, ce qu'ils déplorent. De plus, les échanges lors des discussions leur font paraître les séances plus interactives et vivantes. L'avis de leur co-internes, sur ces situations difficiles, est d'ailleurs attendu par certains participants, comme on le retrouve dans la thèse de Catherine Favier Arnaudier(14). Et pour finir, la réflexion sur des situations vécues leur paraît plus concrète que les recherches bibliographiques ou les ateliers autour de situations préparées à l'avance par les organisateurs, idée que l'on retrouve chez près de la moitié d'entre eux. Le cadre formel rend également les discussions plus constructives que la réassurance attendue auprès d'amis ou de collègues immédiats. Au total, la RMM, comme elle a été faite ici, offre aux internes un cocktail apprécié : un mélange de groupe de pairs avec une discussion assez libre mais restant constructive, de partage d'expériences et de groupe de parole, permettant de dédramatiser les EIAS. Cette dernière facette est une attente que l'on retrouve au niveau national chez les internes de


(CC BY-NC-ND 2.0)

médecine générale. En 2011, Le Tourneur et Komly faisaient un état des lieux du burn out, dans cette population. Parmi les solutions qui étaient proposées pour le prévenir, la constitution de groupes Balint recueillait 55% d'assentiment(68).

Ce dernier point est une des améliorations suggérées par deux des participants, pour qui il manque un espace pour se libérer des expériences difficiles, inévitablement liées à leur activité au cours de l'internat. Cette demande émanait aussi de certains participants aux RMM des conférences Paul Savy, qui proposaient de plus prendre en compte le vécu des médecins dans la présentation des cas(12). Cet aspect peut écarter la RMM de son but initial, plutôt axé sur ses valeurs pédagogiques et d'évaluation des pratiques, mais reste à prendre en compte. Parmi les autres améliorations suggérées, la plus classique est celle de la gestion du temps, certains participants regrettant de ne pas avoir pu analyser les situations en profondeur. Cette question est, de même, retrouvée chez les participants des conférences Paul Savy, avec notamment la notion de limiter le nombre de cas par séance(12). D'une manière générale, elle fait l'objet de débats entre tenants de l'analyse en profondeur d'un nombre limité de cas, afin de permettre une analyse exhaustive des facteurs favorisants, et ceux d'une analyse moins poussée d'un maximum d'événements, qui permet de balayer un nombre plus important de situations, comme le rappellent Bal *et al.*, dans leur revue(10). Une autre proposition à discuter est celle faite par une interne de deuxième année, qui propose de ne pas intégrer à ces groupes les internes de premier ou deuxième semestre, du fait du manque de recul présumé sur les situations à risques. Cette différence entre les étudiants de début ou de fin de cursus est retrouvée chez quatre autres internes, avec souvent l'idée d'une plus grande attention à la question de la qualité et de la sécurité de soins, à mesure que l'expérience grandit. Malgré cela, il nous paraît impossible, après ce travail, de différencier le bénéfice perçu par les participants, tous semblant satisfaits de cette expérience, indépendamment de leur année d'internat.

Finalement, la meilleure preuve que cette RMM a été un succès, pour les participants, est leur volonté unanime d'y participer à nouveau, que ce soit dans ce même cadre ou dans leur pratique future. Cette volonté s'est concrétisée dans le premier groupe, avec la tenue de deux nouvelles séances d'analyse d'EIAS, qui ont eu lieu le 17 septembre 2014 et le 20 mai 2015, une troisième étant programmée le 23 septembre 2015.

### 3. Une aide dans le vécu des EIAS

Tout d'abord, on peut noter que l'impact émotionnel de la situation est un des premiers critères dans le choix des internes du cas qu'ils ont présenté, bien plus souvent cité que l'intérêt pédagogique ou la gravité pour le patient. Avant même qu'elle ait eu lieu, la RMM avait pris une dimension supplémentaire par rapport à son objet initial d’évaluation de la pratique. Il est vrai que


(CC BY-NC-ND 2.0)

cet aspect était explicitement décrit dans les explications orales et la fiche de procédure. Il correspond néanmoins à un besoin présent chez les internes, qui est de parler des situations difficiles qu'ils ont traversées. Ainsi, dans l'étude de Wu *et al.*, seuls 5% des internes interrogés n'ont parlé à personne de leur erreur, quand 88% en avaient parlé avec un collègue(6). Dans la thèse de Venus, seulement trois internes sur un échantillon de 21 ayant répondu à la question n'avaient parlé de leur erreur à personne(26). Dans notre étude, seul un interne n'avait pas parlé de son cas auparavant et il ressort clairement de son entretien que cela lui manquait. L'impact au niveau émotionnel de la RMM semble d'ailleurs nuancé par ce point. Une partie des internes expliquent que l'effet déculpabilisant de la RMM a été limité parce qu'il avait déjà pu avoir lieu au cours de discussions antérieures. Du reste, parmi la minorité qui a exprimé une déculpabilisation par rapport à son cas, l'effet a pu être très important, comme en témoigne justement l'interne qui n'avait pas pu se confier auparavant. La question du soutien et de la possibilité de partager ses mauvaises expériences, notamment avec des médecins expérimentés, revêt une importance particulière. Dans la thèse de Le Tourneur et Komly, la perception d'un mauvais encadrement de la part des seniors était associée à des scores de burn out plus élevés(68). Parmi les solutions qui étaient proposées aux internes, pour prévenir le burn out, 70% des répondants demandaient l'attribution d'un tuteur pendant leur cursus.

D'une manière plus générale, le regard des internes sur ces situations a pu évoluer. Onze internes expliquent ainsi avoir pu dédramatiser les EIAS ou avoir été rassurés par le fait que leurs pairs passaient par le même type de difficultés. Dans l'étude d'Engel *et al.*, l'une des questions que posent les internes à leur entourage médical est : « Cela vous est-il déjà arrivé ? » (« *Has this ever happened to you ?* »)(7). Un des internes interrogés dit une phrase qui aurait pu se retrouver dans notre travail : « C'est comme, eh bien, les accidents arrivent et pas uniquement à moi. » (« *It's like, well, accidents happen and I'm not the only one.* »). Le même besoin de réassurance est retrouvé, ainsi que la nécessité de rompre l'isolement qui peut apparaître après un EIAS.

## 4. Des apports contrastés sur le niveau de sécurité des soins

### 1. *Des changements de pratiques aux effets limités*

Le premier élément notable est le fait que la plupart des internes n'ont que peu retenu les actions d'améliorations discutées pour les cas présentés par leurs collègues, bien qu'ils aient jugé ces mêmes cas intéressants. Un des participants avance une explication : « *quand on est pas concerné par la situation, ne serait-ce que parce que euh... on est pas dans les mêmes stages, on est dans des lieux différents, on a peut-être plus de mal à se euh... à s'imprégner de ce qu'ils nous racontent et donc, du coup, de s'en souvenir dans la longueur, tu vois* ». L'importance de l'impact personnel de la


(CC BY-NC-ND 2.0)

situation influerait sur l'enseignement que l'on peut en tirer. Wu *et al.* retrouvaient un résultat approchant dans leur étude à propos des conséquences des erreurs chez les internes : la perception du niveau de gravité pour le patient était un des facteurs orientant vers des changements constructifs(6). L'EIAS vécu par un autre, puisqu'il n'a pas le même impact que s'il avait été vécu personnellement, n'a donc pas le même potentiel en termes de changements de pratiques. Inversement, si le cas d'un autre est marquant, il pourra permettre de tels changements. Une illustration a minima est donnée par le cas de l'insuffisance rénale chez une dame âgée, suite à une injection de produit de contraste (cas n°9) : ce cas est rappelé par trois autres participants, qui s'en rappellent régulièrement lors d'examens programmés avec injection de produits de contraste chez leurs patients.

Les changements de pratiques rapportés n'ont que peu de retentissement concret et mesurable sur le niveau de sécurité des soins des participants. La majorité des internes citent des intentions personnelles concernant la vigilance, la rigueur ou l'attention portée à une prise en charge plus globale. Dans l'étude de Wu *et al.*, la recherche d'avis extérieurs est également souvent citée, auprès des pairs ou de médecins référents notamment(6). Un changement personnel peut être rattaché à une mesure concrète d'amélioration de soins : il s'agit de l'interne qui s'est mis à prescrire, autant que possible, en dénomination commune internationale (DCI). Cette mesure faisant partie des recommandations communément admises en terme de sécurisation des prescriptions(69), a d'ailleurs été rendue obligatoire, en France, à compter du 1er janvier 2015(70). Il n'est pas retrouvé de stratégies ou de protocoles de soins utilisables en pratique, aucune action d'amélioration proposée n'en ayant véritablement fait état. Les changements les plus à même de permettre une meilleure sécurité des soins sont ceux qui sont en lien avec une meilleure communication avec le reste de l'équipe soignante, paramédicaux compris, cette notion étant une des dimensions importantes de la culture de sécurité. De la même manière, dans l'étude de Wu *et al.*, un grand nombre de changements de pratiques concernent des attitudes individuelles, telles qu'une plus grande attention aux détails, des changements dans l'organisation des informations, ou des vérifications plus systématiques des informations rapportées par des collègues(6). Les autres changements rapportés après une erreur concernent des recherches d'informations, que ce soit en cherchant conseil auprès de collègues ou de supérieurs ou en se rapportant à la littérature scientifique. L'article de Chanelière *et al.*, sur le bilan des RMM en soins ambulatoires des conférences Paul Savy, fait également état d'un grand nombre de mesures individuelles, prises par les participants(12). Certaines mesures correctives, proposées pour améliorer le processus de soins procèdent de changements à même de devenir réellement systématiques, tel le suivi de checklist ou de protocoles pour les vaccinations et autres actes techniques.


(CC BY-NC-ND 2.0)

### 2. *Des apports en terme de culture de sécurité*

Si les apports perçus sur la pratique elle-même semblent limités, on remarque, dans les entretiens menés, de nombreux éléments de langage ayant trait à la culture de sécurité. Ces éléments ont pu apparaître ou être confirmés par la RMM. Un des principaux résultats positifs du travail est notamment que douze des participants aient à l'esprit l'importance de la discussion et de l'analyse des EIAS, en sortant de cette expérience. L'approche systémique des EIAS est également apparue à certains, avec l'idée de chercher leurs causes plus loin que le soignant responsable du dernier geste. D'autres expriment l'idée de systèmes de soins vulnérables ou de la faillibilité humaine, ce qui pourrait les pousser à être plus vigilants sur les barrières à mettre en place dans ces cas. Dans une revue de la littérature consacrée aux outils de mesure de la culture de sécurité chez les étudiants en médecine, réalisée en 2011, Florent Jacquet avait mis en évidence des interventions destinées à l'améliorer(71). Parmi celles-ci, figuraient effectivement des RMM ou des ateliers d'analyses d'EIAS, dont certaines ont été décrites plus haut(57), (61), ce qui atteste de l'intérêt de la RMM dans cet objectif.

Cela ne faisait pas partie des objectifs de cette étude, mais il est vraisemblable que le niveau de culture de sécurité individuel des participants, mesuré par des échelles dédiées, ait pu progresser avec la RMM. De tels outils ont été développés dans d'autres travaux sur la culture de sécurité des internes. Une échelle validée et traduite en français a, par exemple, été utilisée sur un groupe d'internes de médecine générale en 2014, par Maud Jacque(72).

## 2. Les quatre profils de participants

Au cours de l'analyse, il nous est apparu que, malgré une satisfaction globale, la réponse individuelle à la RMM pouvait beaucoup varier d'un participant à l'autre. Il est devenu évident au fil des relectures de chaque entretien, que les attentes de chacun variaient, tout autant que les bénéfices qu'ils tiraient de la méthode. À partir du matériel d'étude, extrait des entretiens, nous avons isolé des profils d'internes, en regroupant certaines de leurs caractéristiques. Le résultat peut être comparé aux profils de médecins généralistes isolés lors de l'enquête Ipsos-HAS sur la perception de la sécurité des soins en ville, présentée en 2011(73). Les profils développés ici sont un peu caricaturés, mais nous semblaient refléter une réalité issue de cette étude.

### 1. Les réfractaires

Nous avons regroupé ici des caractéristiques issues principalement de l'entretien n°10, complétées par certains verbatims de l'interne n°9.


(CC BY-NC-ND 2.0)

Le réfractaire reconnaît lui-même qu'il « *manque un peu de rigueur* ». Comme celui de l'enquête Ipsos-HAS qui rejette les démarches administratives, il a des difficultés avec « *tout ce qu'est un peu protocolisé, comme ça, euh... où il faut respecter la marguerite des compétences, des trucs comme ça* ». Les enseignements habituels l'ennuient : « *Non mais c'est long, les GEP* ».

Son niveau de culture de sécurité paraît faible, à plusieurs abords. Il a, pour commencer, une faible reconnaissance des EIAS, notamment dans son propre parcours (« *Mais moi, j'ai jamais eu de trucs comme ça. Soit on m'a récupérée, soit je l'ai pas su* ») et est peu enclin à échanger à propos de ce sujet : « *je suis allé, quand même, voir mon chef parce qu'il fallait quand même qu'on... qu'on se fasse encadrer* », si ce n'est pour s'éviter des ennuis :« *Bah oui, j'ai fait une mauvaise pres'. Je... je voulais quand même dire que je l'avais vu et que... pas qu'on m'écrive un mail après, pour me dire... ou pas que les gens le découvrent et que j'ai pas prévenu...* ». Il a tendance à banaliser ses erreurs (« *Après, j'en ai plus reparlé parce qu'on avait réglé le problème, on avait bien compris que c'était pas forcément... enfin, si, c'était quand même une erreur de ma part mais qui pouvait se comprendre, étant donné que j'avais une certaine pression* », « *cette pseudo erreur* ») et met en avant son expérience personnelle dans la prévention des EIAS : « *C'est vraiment, plus ce que... ce que m'ont appris les médecins, que, au fur et à mesure... Moi, j'ai... j'ai un maximum de connaissances, qui vont s'amenuiser, au fur et à mesure, si je l'entretiens pas, mais que, justement, euh... pour compenser, ben, tu fais de plus en plus gaffe à euh... à ce que tu peux prescrire ou à ce que tu peux penser sur... sur la pathologie du patient, quoi* ». Il a tout de même un minimum de conscience des systèmes vulnérables, lui permettant de reconnaître certaines situations à risque : « *c'était vraiment un contexte que... qui faisait que... on pouvait faire énormément d'erreurs* ».

Il semble avoir peu d'intérêt pour les démarches d'évaluation de la pratique. Il avait vaguement entendu parler de la RMM, sans chercher à en savoir davantage. Ses attentes par rapport à la séance étaient limitées, pour ce qui était de l'analyse de son cas : « *Je savais ce que, moi, je devais corriger, avant de... de... de participer, justement, à ta... à ta revue de morbi-mortalité* ». Lors de la séance, il a exposé une de ses mauvaises expériences (« *c'était assez marquant* », « *y avait vraiment un sentiment d'insécurité* », « *je culpabilisais* »), même si son cas n'était pas dénué d'un certain intérêt pédagogique (« *je l'ai développé parce que le sujet est assez intéressant, je trouvais* »). Mais le jour de la revue, il semble être passé à côté de l'analyse collective de son cas : « *après j'intervenais quasiment plus, étant donné que j'avais vraiment exposé toute la scène. Donc après, c'était vraiment des interactions entre... entre les gens* ».

Il a tout de même apprécié la RMM car elle change des autres types d'enseignement. Il a particulièrement aimé l'aspect groupe de pairs, dont les échanges lui ont paru plus vivants et intéressants que la présentation de recherches bibliographiques : « *Enfin moi, je pense que c'est plutôt des cas euh... personnels que... qu'on devrait plus dévoiler. (…) Vraiment parler de nos cas,*


(CC BY-NC-ND 2.0)

*personnels, qui nous est arrivé, où ça nous a posé problème. Qu'on discute un peu, plutôt que de dire : « Ben voilà, j'ai vu une pneumopathie. Sur la pneumopathie, faut faire ça, ça, ça ». C'est des choses qu'on peut retrouver sur Internet, quoi* ».

Malgré ce terrain peu favorable, le réfractaire a tiré un bénéfice de la RMM, notamment sur des notions de culture de sécurité essentielles. En premier lieu, par rapport aux erreurs, il reconnaît que « *d'en avoir discuté et de... de te rendre compte, aussi, que t'en as d'autres qui peuvent aussi en faire, je pense que ça... ça aide quand même* ». Certaines autres situations ont pu le faire réfléchir : « *Par contre, ça m'a fait réfléchir sur d'autres cas qui pourraient m'arriver. En gros, ça a fait comme si ça faisait un barrage... de mes futures erreurs* ». Le caractère systémique de ces événements est également ressorti au cours de la séance : « *Je me souviens qu'on avait discuté aussi des différents... barrages. (...) Et que ça, ça m'avait intéressée de me dire : « Ah bah ouais, c'est vrai, y a des barrages ». Parce que j'avais... j'avais intellectualisé les choses* ». Il a même retenu certains changements pour sa pratique, en terme de rigueur et d'attention portée à l'importance d'une prise en charge globale de ses patients. Plus important encore, la RMM l'a incité à accroître sa communication avec les autres soignants : « *Et je le dis à l'infirmier. C'est rare que je vais pas transmettre mes... ce que je change, de manière importante, pour pas qu'il y ait de couac* ».

### 2. Les débutants

Ce groupe se base principalement sur les données de l'entretien n°2, complétées par le n°7, mais il s'agit du groupe qui comprend le plus de représentants, la majorité des participants correspondant à ce profil.

A l'instar du profil défini après l'enquête Ipsos-HAS, le débutant a un niveau de culture de sécurité faible, même s'il en a déjà quelques notions. Par exemple, il parle facilement des situations difficiles qu'il connaît, notamment avec des amis ou ses co-internes, et il a participé volontairement aux discussions qui s'étaient tenues dans son service, à propos de l'EIAS qu'il a présenté.

Avant la RMM, il était intéressé par le thème de la sécurité de soins et par l'analyse des EIAS : « *Le projet a l'air intéressant, donc euh... et puis, ça fait toujours du bien de re... de revoir des choses, des cas qui ont pu nous poser problème, donc... (…) Ça me posait pas de souci de faire ça* ».

La RMM lui a apporté ou confirmé des notions de culture de sécurité importantes. Il en retient l'importance de la communication dans la prévention des EIAS (« *On voit que la mauvaise information entretient les... ben les effets indésirables, entretient les dangers pour les patients* », « *Enfin, communiquer. Je pense que c'est vraiment le mot, pour moi, de... qui ressortirait du... de... de ces... de ces revues de morbi-mortalité, quoi* »), y compris à l'écrit, dans « *la tenue des dossiers, (...) ça renforce le... le fait de s'appliquer à bien mettre ce qu'on voit, ce qu'on ne voit pas aussi, ce*


(CC BY-NC-ND 2.0)

*qui est important aussi, pour que les gens qui passent après nous puissent... puissent vérifier l'absence ou... de certains symptômes et, du coup, voir l'évolution des pathologies du patien*t ». Elle lui a bien mis à l'esprit l'importance de connaître ses limites et de savoir passer la main (« *quand le médecin généraliste, il dit : « Je sais pas ce que c'est mais je vais vous envoyer chez le spécialiste », c'est bien continuer à prendre en charge le patient et c'est... c'est pas anormal de ne pas savoir ce qu'il a, mais c'est de pouvoir l'orienter correctement* »), ainsi que la notion de faillibilité humaine : « C*'est assez aussi réconfortant de se dire que... ben voilà, on n'est pas... on n'est pas des machines, on n'est pas parfaits* ». Il a bien compris l'intérêt de l'analyse systémique de l'EIAS et est conscient que ce type de situations peut se reproduire (« - *Je pense qu'ils sont plus fréquents que ce qu'on peut imaginer. - Hmmm... - On s'en rend pas toujours compte et surtout.... on est pas forcément au courant. (...) Je pense qu'on... Ils sont sous-estimés...* »). Et surtout, il a retenu l'importance de parler des EIAS : « *ça m'a confirmé dans le fait qu'on fait tous... des erreurs, quoi, et que... et qu'il faut surtout en parler* ».

Les apports dans sa pratique sont divers : rigueur dans la tenue des dossiers, communication, gestion de l'incertitude... D'une manière générale, il déclare une plus grande attention, dans son exercice, afin d'« *être vigilant et réfléchir... réfléchir toujours à ce qu'on fait et au moment où on le fait, quoi* ».

Il a apprécié la méthodologie de la RMM et la trouve adaptée à l'analyse des EIAS. D'ailleurs, « *qu'est-ce qu'y a d'autre comme moyen..? (...) Qu'est-ce qu'on pourrait avoir d'autre pour... pour parler des événements indésirables..?* ». L'expérience a été très positive pour lui et lui fait dire : « *moi, ça m'a fait envie, oui. Et (...) quand on y repense c'est vrai que, moi, je me dis qu'il faudrait recommencer* ». Enfin, il estime que des RMM trouveraient leur place dans la formation initiale des internes : « *Je pense que... je pense qu'il faudrait... on pourrait remplacer quelques GEP par... par des revues de morbi-mortalité, oui...* ».

### 3. Les ambassadeurs

Ce profil a été principalement constitué avec l'entretien de l'interne n°1, complété par le n°6.

Dans l'étude Ipsos-HAS, l'ambassadeur se caractérise tout d'abord par un bon niveau de culture de sécurité, ce qui est effectivement le cas du nôtre. Il connaissait déjà bien la RMM, y ayant assisté de nombreuses fois au cours de ses stages, et a participé au séminaire facultatif sur l'erreur médicale du Département de Médecine Générale. Il avait conscience, avant de participer à cette étude, de l'importance de l'analyse des EIAS, avec une approche systémique et en recherchant des actions d'amélioration concrètes : « *La RMM, elle avait... elle a vraiment un intérêt – et je pense qu'on l'a fait dans le service - de discuter : « Qu'est-ce qu'on aurait pu faire pour éviter ce cas-là ? ». Mais c'est une réponse de service (...) ce qui en est ressorti c'est (...) des barrières qu'on a*


(CC BY-NC-ND 2.0)

*rajoutées, pour empêcher que le cas se reproduise* ». D'une manière générale, il discute facilement des EIAS, que ce soit en privé (« *c'est le genre de situations... des situations complexes, des situations mal vécues, j'en... j'en parle facilement. J'ai vraiment un... bon groupe de... de potes qui ont (…) un peu le même esprit que moi là-dessus donc c'est vrai qu'on... on aime bien en discuter* ») ou en service (« *Ben, j'en avais discuté avec euh... (raclement de gorge) avec les médecins... chefs du service. (...) on l'avait remis sur la table parce que ça me... ça m'allait pas, quoi* »). Il n'hésite pas non plus à évoquer les EIAS avec ses patients : « *après, c'est moi qui ai reçu la famille pour expliquer la situation. (…) Donc c'est quand même compliqué de dire : « Ben oui, là, y a eu une belle erreur médicale. » (...) parce que... on peut pas non plus leur cacher la vérité* ». Il déplore parfois le manque d'implication sur la question de la qualité et de la sécurité des soins (« *chez le prat', on le fait pas, malheureusement...* »).

Il a apprécié la RMM entre internes, tout d'abord car « *Intellectuellement, c'est très intéressant...* » et parce qu'il estime important d'intégrer l'analyse des EIAS dans la formation des internes : « *je suis assez d'accord avec euh... Mr X (tuteur du groupe), à la fin, qui disait que voilà, il aimerait bien instaurer la RMM, tous les ans, parce que je pense que c'est très enrichissant et je suis ressorti avec euh, en me disant qu'effectivement c'est comme ça qu'on doit bosser, quoi* ». Ce travail lui a aussi été bénéfique personnellement parce que ça lui a « *permis de réfléchir un peu plus, de ressortir des barrières supplémentaires et euh... le fait d'en avoir discuté tous ensemble, je me suis rendu compte que c'était bien* ». Mais il en voit également bien les limites. C'est d'ailleurs lui qui met en évidence le fait que des changements de pratiques ont plus de chances de se produire après un cas vécu, et pas seulement raconté, et la difficulté de faire une vraie discussion systémique hors du service impliqué.

Les apports sur sa culture de sécurité ont, en effet, été faibles. Il a tout de même pu en tirer quelques changements non négligeables, en termes de rigueur (« *je pense que je suis plus rigoureux, du coup* »), de communication (« *j'ai augmenté ma communication avec les... différentes personnes, quoi* ») ou de recherche d'avis complémentaires (« *je m'entoure, je m'entoure plus...* »), même s'il reconnaît qu'il peut être difficile de déterminer « *si c'est l'effet du stage prat' ou l'effet de la RMM qui a... qui a causé ça* ».

Un des points importants qu'il retient est l'effet groupe de parole, qu'il a trouvé complémentaire de l'analyse de l'EIAS : « *Y a un double... un double effet... qui est... qui est intéressant* ». Cet aspect, en particulier, trouve de l'importance à ses yeux car il perçoit un manque d'encadrement et de suivi des internes sur la question de l'impact émotionnel des situations difficiles qu'ils traversent. La participation à de telles revues serait, pour lui, un bon moyen de l'aborder : « *pour moi, la RMM elle devrait être proposée, systématiquement, aux internes (…) un peu comme les alcooliques anonymes, pour parler des situations à problèmes, quoi. Ou des situations qui nous*


(CC BY-NC-ND 2.0)

*ont posé problème. J'ai l'impression qu'on est un peu lâchés, quoi. C'est un peu : « Démerde-toi, Jeannette ! » et puis... et puis ça peut... ça peut être assez mal vécu par des internes. Je veux dire, si y a des internes qui font des burn-out, c'est peut-être par rapport aux charges de travail, mais peut-être par des situations, aussi, comme ça, quoi. Donc, pour moi, ça devrait être, au moins proposé* ».

### 4. Les blessés

Ce profil a été principalement construit à partir de l'entretien n°4 et complété par le n°11. Il s'agit d'un profil inédit par rapport à l'enquête Ipsos-HAS, mais qu'il nous a paru utile de développer car il correspond à une tendance retrouvée chez de nombreux autres participants : la déculpabilisation.

Le blessé a un faible niveau de culture de sécurité, initialement. Il a surtout un vécu difficile avec un ou plusieurs EIAS, notamment sur celui qu'il a présenté pendant la RMM : « *c'était une situation dans laquelle moi, j'étais en difficulté* ». Ce ressenti peut même en devenir pesant, du fait d'un important sentiment de culpabilité (« *Merde, putain, si c'est ma faute et tout, si c'est ma faute euh... cette pauv' dame, ben... merde, putain, faut vivre avec ça, quoi, tu vois* »). Il n'a pas eu suffisamment l'occasion de reparler de cette situation avec ses seniors (« *j'ai essayé un p'tit peu d'en parler, j'ai fait une tentative d'approche qui a été relativement rapidement éludé*e ») et n'a pas cherché à en parler, hors de son stage : « *Non, j'en ai pas parlé en dehors du boulot* ». Il est conscient d'un manque de soutien ou d'encadrement des internes, à propos de leurs difficultés sur leurs terrains de stage : « *la seniorisation, on sait déjà qu'elle est... bancale, dans énormément de services euh... hospitaliers, dans lesquels on passe* ».

Il attendait justement de la RMM de pouvoir se confier à propos de ce cas et, si possible, un peu plus : « *J'attendais qu'on me... peut-être qu'on me rassure* ». Le jour même, il avait un peu d'appréhension sur le travail qui était attendu : « *C'est difficile parce que on est en train d'admettre, enfin moi, j'étais en train d'admettre que euh... j'avais fait une erreur et une erreur qui potentiellement avait eu des conséquences quand même importantes euh... Donc ça, c'est dur à admettre... cette remise en question, elle est délicate, quoi* ». Cela ne l'a pas empêché d'être volontaire pour raconter son cas. Il est d'ailleurs remarquable que chacun des deux internes, qui servent de modèle pour ce profil, a été le premier à parler dans son groupe.

La RMM lui a permis de se déculpabiliser (« *mes collègues m'ont... m'ont fait remarquer que les choses étaient jouées avant que j'intervienne, au moins en grande partie et ça m'a... déjà ça, ça m'a soulagé* », « *ça fait du bien, quand on se rend compte que c'est pas forcément aussi simple que ça, que c'est pas forcément une question de faute, quoi* »), en particulier du fait de l'ambiance du groupe, qu'il a trouvée apaisante et empathique : « *j'ai entendu euh... beaucoup de euh... de... de paroles réconfortantes et euh... et justement pas moralisatrices et justement pas euh... Ils ont pas*


(CC BY-NC-ND 2.0)

*appuyé là où ça faisait mal et j'ai entendu beaucoup de choses euh... déculpabilisantes justement. Donc, j'imagine que je devais avoir une tête particulièrement culpabilisée parce qu'ils ont bien ressenti ce dont j'avais besoin et c'que... c'que j'avais besoin d'entendre...* ». Il a également été rassuré de voir qu'il n'était pas le seul à être confronté aux EIAS : « *c'est assez euh... rassurant de se rendre compte - c'était la première fois dans ma formation - euh... de se rendre compte que on fait tous des erreurs, on est tous là-dedans y a pas de... y a pas de super médecin, tu vois euh... qui ne se planterait jamais ou qui n'aurait jamais fait aucune erreur* ».

Il a également eu des apports concrets, en terme de qualité et sécurité des soins. D'une part, on retrouve chez lui de nouvelles notions de culture de sécurité : importance de la discussion et de l'analyse des EIAS (« *Au contraire, j'pense qui faut qu'on... y faut qu'on aille euh... entre guillemets, chercher notre merde, quoi euh... voir où est-ce que ça pu... et voir en quoi est-ce qu'on peut nettoyer tout ça, quoi... et éviter que ça se reproduise* »), faillibilité humaine (« *on est juste des humains, quoi* »), conscience du risque de survenue de nouveaux EIAS (« *me rendre compte concrètement que les erreurs euh... arrivent... qu'elles arrivent à tous, malgré tous nos efforts pour les éviter hein, elles se... elles peuvent quand même arriver* »). D'autre part, il a noté des apports sur sa pratique : prise en charge globale (« *ça nous donne quelques petites pistes pour euh... savoir quoi vérifier, quoi... ne pas oublier, avoir euh... une vision un tout petit peu plus large du... de la situation, au lieu d'être vraiment focalisé sur un truc* »), relation et information du patient (« *reformuler un tout petit peu avec le patient, rediscuter de ce qui se passe, ce qu'on est en train de faire, ce qu'on programme, juste reprendre un peu les choses avec lui* »), changements dans les prescriptions ( « *Même sur les ordonnances de sortie, j'essaye, tant qu'à faire, de mettre en DCI* »).

De la méthodologie, il retient particulièrement son aspect d'échanges, entre le groupe de pairs et le groupe de parole, permettant à la fois de se confier et de s'améliorer : « *On peut bouffer des kilos de bouquins pour être médecin mais on a aussi une façon d'être meilleur, j'pense c'est quand même de dire euh... euh... où est-ce qu'on pense qu'on s'est planté, où est-ce qu'on a clairement euh... merdé et euh... et voir comment est-ce que ses pairs peuvent soit nous proposer une façon différente de voir les choses, soit nous... voire même nous rassurer parfois euh... mais nous aider, tout simplement nous aider* ». Il a été très satisfait de cette expérience (« *je trouve que c'est, c'est euh... c'est un travail qui tire vers le haut* ») et est désormais volontaire pour recommencer : « *je pense, clairement, que ça peut être un plus dans notre formation. (...) si la fac euh... on reconnaissait ce principe. Moi, je... moi, je suis volontaire, quoi* ». Il est demandeur de groupes d'analyse des EIAS, d'autant plus que cela correspond à un réel besoin des internes, selon lui, y compris sur l'aspect émotionnel : « *on le fait, on en a besoin. Déjà, on le fait sans cadre. Pourquoi pas proposer quelque chose d'un tout petit plus... formel, tu vois, dans le bon sens du terme, avec des référents, avec des professionnels, avec euh... nos pairs, voire éventuellement...*


(CC BY-NC-ND 2.0)

*ouais, des... pourquoi pas des psycho, pourquoi pas euh... je sais pas moi, d'autres... d'autres personnes qui sont des professionnels de... de... de l'expression en groupe, quoi* ».

## 3. Limites

### 1. De l'étude

La principale limite de cette étude vient du faible recul sur la RMM. Il n'a été réalisé qu'une seule revue dans chacun des deux groupes : la RMM reste donc une nouveauté pour les participants. Cette revue unique ne laisse pas le temps d'installer des automatismes de fonctionnement dans les groupes, alors que la régularité des réunions est un point retenu par la HAS pour intégrer la démarche d'évaluation des pratiques dans une équipe de soins(8). C'est ce que rappelle une participante en déclarant : « *à mon avis, ça peut être intéressant de... peut-être le faire plus souvent, enfin de le faire, au moins, régulièrement parce qu'au moins on est un peu... si on le fait régulièrement, on est un peu dans une démarche... aussi de... enfin de réfléchir, par rapport à ça* ». L'évaluation de la pratique, y compris au niveau individuel, nécessite un investissement régulier pour être entretenu et cet aspect est absent de notre étude. La même participante reconnaît, à propos de l'impact de la RMM : « *c'est vrai que c'est... enfin, sur le coup, j'étais très intéressée, très motivée et tout... Et après, en fait, j'ai complètement oublié... enfin, j'y ai plus repensé, quoi...* », ce qui illustre bien l'intérêt d'installer ce type de démarche sur le long terme.

De plus, s'agissant d'une étude qualitative, les changements de pratiques recueillis sont uniquement déclaratifs. Il n'est pas possible d'évaluer la réalité de leur mise en place sur le terrain.

Par ailleurs, les changements en terme d'attitudes et de pratiques de soins étant limités, une évaluation plus précise de l'évolution du niveau de culture de sécurité des participants aurait été utile. Cette mesure ne faisait pas partie des objectifs initiaux de notre étude et les entretiens ne permettent donc pas de la faire.

### 2. De la RMM entre internes

Les limites d'une RMM entre internes ont été bien rapportées par l'un des participants. Tout d'abord, il semble exister un rapport personnel à l'EIAS, qui fait que les internes gardent préférentiellement une trace de situations qu'ils ont eux-même vécues. Ainsi, seule une minorité est capable de citer des actions d'améliorations discutées pour d'autres cas que celui qu'ils ont apporté. Alors qu'on pourrait penser que l'apport pédagogique des cas présentés prime, leur impact émotionnel a probablement une plus grande importance. Ce fait limite la diffusion et l'appropriation des actions d'amélioration retenues lors de la RMM.


(CC BY-NC-ND 2.0)

La deuxième limite de cette formule de RMM est que l'analyse des cas se fait en dehors des services dans lesquels ils ont eu lieu. Comme le rappellent quelques participants, certains facteurs favorisant les EIAS sont propres à l'organisation du service et il est difficile de proposer des actions d'amélioration applicables, sans en discuter avec les personnes concernées. L'analyse systémique de l'événement peut être réalisée, mais sans pouvoir être poussée jusqu'aux réorganisations nécessaires à la prévention de sa récidive dans le système de soins impliqué. Cette limite est un obstacle majeur à l'impact de ces revues puisque cet aspect est l'objectif principal de la RMM.

Enfin, certains participants ont fait remarquer que les actions d'améliorations ainsi discutées étaient parfois difficiles à mettre en place dans leur activité, sur leurs terrains de stage. Cette troisième limite constitue un nouvel obstacle à l'intérêt de ces RMM.

## 4. Apports et perspectives

L'organisation de RMM dédiées spécifiquement à l'activité des internes de médecine générale est une première, non décrite auparavant dans la littérature. Les RMM auxquelles ces étudiants peuvent assister sont exclusivement hospitalières et leur participation, au moins dans le cas de cet échantillon, y est limitée.

Le premier point positif de notre étude est que cette expérience a été satisfaisante pour l'ensemble des participants. Elle présente deux intérêts majeurs pour eux, qui sont l'analyse des EIAS et un cadre de travail interactif. Selon le modèle de Kirkpatrick, qui est un des modèles d'évaluation des techniques d'enseignement les plus répandus, la satisfaction des participants est le premier niveau d'évaluation de l'efficacité d'une méthode d'apprentissage. Cette satisfaction est reconnue comme un facteur de motivation à la participation à de nouveaux enseignements et à l'apprentissage(74). Ce premier niveau est clairement atteint dans notre expérience, certains des participants étant même très enthousiastes. Le fait que la RMM ait été reprise dans l'un des deux groupes en est une illustration plus forte encore. Il s'agit d'une première étape importante, qui facilite la suivante.

Si la RMM n'a pas apporté un bagage de connaissances supplémentaire aux participants, elle a tout de même permis de faire naître ou de confirmer des notions de culture de sécurité, chez la plupart. Ceci correspond au deuxième niveau du modèle de Kirkpatrick : l'apprentissage(74). Il n'est pas possible de mesurer cet enseignement dans notre travail, mais de futures expériences devraient être menées, en y incluant une évaluation de la progression de la culture de sécurité des internes avant et après la mise en place de RMM, au mieux en les comparant à des groupes témoins. Ce deuxième niveau d'efficacité d'une méthode pédagogique n'est cependant pas suffisant car il ne garantit pas la mise en œuvre de nouvelles attitudes ou comportements, sur le terrain.


(CC BY-NC-ND 2.0)

Après la RMM, la plupart des internes rapportent une vigilance ou une rigueur accrue, sur tous les temps de la démarche clinique (clinique, demandes d'examens, thérapeutique, relation avec les patients...). Quelques-uns rapportent des changements plus concrets, notamment en rapport avec une communication accrue envers les autres soignants, médicaux ou paramédicaux, ou avec les patients. Ces apports sur la pratique correspondent au troisième niveau de l'échelle de Kirkpatrick : les modifications du comportement(74). Globalement, les changements de pratiques rapportés dans notre étude sont d'impact limité et difficilement évaluable, mais le fait d'en retrouver, chez la majorité des participants et après une seule RMM, est encourageant sur la capacité de cette méthode à provoquer de telles évolutions.

L'échelle de Kirkpatrick possède un quatrième et dernier niveau : les résultats(74). Dans le domaine de la santé, cela se traduit par l'amélioration de l'état de santé d'une population, mesurable sur des critères cliniques. L'évaluation de l'impact sur ce niveau d'efficacité de la RMM est impossible dans le cadre de ce travail. D'une manière générale, elle est difficile à mettre en place, dès lors que le cadre spatial d'étude est mal défini, ce qui serait le cas ici, les internes de médecine générale étant amenés à exercer dans de très nombreux services et cabinets libéraux. Toutefois, il est important de garder à l'esprit que l'objectif ultime de toute intervention dans le domaine de la santé est bien celui-là, y compris pour ce qui est des démarches de formation.

Au-delà de l'aspect pédagogique, la RMM ouvre un espace aux internes marqués par un EIAS et qui n'ont pu le verbaliser suffisamment. Comme a pu le montrer l'exemple développé ci-dessus, certains internes ont des vécus difficiles vis-à-vis d'EIAS, survenus au cours de leurs stages, et ils ne trouvent pas toujours l'oreille attentive qui pourrait leur permettre de les extérioriser. Lors des deux revues qui sont décrites ici, l'ambiance détendue et l'empathie des autres participants ont permis à plusieurs d'entre eux d'évoquer sereinement leur mauvaise expérience et de la dédramatiser.

Au total, cette étude suggère un impact de RMM conduites entre internes de médecine générale. Cet impact se traduit notamment par des apports en terme de culture de sécurité, ainsi que par des changements de pratiques cliniques, très majoritairement constructifs. L'effet de ces changements paraît ici limité, mais potentiellement à même d'augmenter le niveau de qualité et de sécurité des soins que prodiguent ces futurs praticiens. Qui plus est, la méthodologie de la RMM a été facilement mise en œuvre et très favorablement accueillie. Elle correspond, en particulier, à des attentes des internes, en termes de domaines d'étude (les EIAS et l'évaluation de leur pratique) et dans la démarche (partage d'expérience par la discussion, autour de situations qu'ils ont réellement vécues). Ces résultats devraient fortement inciter les responsables de la formation initiale des


(CC BY-NC-ND 2.0)

internes de médecine générale à mettre en place des RMM régulières, tout au long de leur cursus. Au mieux, un tel projet devra être conduit dans une optique d'évaluation de leur efficacité, d'une part par le recueil régulier des apports sur la pratique des internes, d'autre part par l'évaluation régulière du niveau de culture de sécurité des étudiants, en la comparant avec des groupes témoins.


(CC BY-NC-ND 2.0)

Faculté de Médecine Lyon Est

Nom, prénom du candidat : EICHINGER Guillaume

# CONCLUSIONS

La revue de morbi-mortalité est une méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles, basée sur l'analyse rétrospective d'événements indésirables survenus dans un système de soins. Développée depuis environ un siècle, tout d'abord dans des services de chirurgie américains, son utilisation s'est étendue géographiquement et dans des disciplines variées, jusqu'à être utilisée depuis quelques années par des groupes de médecins généralistes libéraux. Les internes peuvent y participer, notamment en assistant à celles qui ont lieu sur leurs terrains de stages hospitaliers. Leur présence a un intérêt pédagogique et ils peuvent ainsi participer aux démarches de qualité des soins de leur service.

L'organisation de RMM dédiées spécifiquement à des internes de médecine générale n'avait jamais été décrite jusqu'à présent. L'expérience présentée dans ce travail a consisté en l'organisation de deux RMM, dans des groupes existants, consacrés habituellement à des présentations de cas cliniques avec recherche bibliographique. Chaque participant a ensuite été revu, au cours d'entretiens individuels, afin de relever son opinion sur la RMM et l'impact sur sa pratique.

Malgré une faible expérience des participants vis-à-vis de la méthode, les deux RMM se sont déroulées conformément aux standards proposés par la HAS. Les participants ont été très satisfaits de la RMM, de sa méthodologie et, de manière plus générale, de pouvoir revenir sur des situations d'EIAS, qu'ils n'abordent pas ailleurs. Les apports sur la pratique paraissent modestes mais ont été divers et complétés par la révélation ou la confirmation de notions de culture de sécurité. Par ailleurs, le cadre de travail proposé a permis à certains participants de revenir sur des situations vécues difficilement et de les dédramatiser, avec l'aide et le soutien du groupe.

Au final, cette expérience apparaît positive, particulièrement sur le degré d'acceptabilité de la RMM chez ces internes de médecine générale. Les résultats suggèrent également un intérêt en terme de qualité et de sécurité des soins, qu'il faudrait évaluer de manière plus précise par des études adaptées. Pour finir, cette étude plaide en faveur de l'organisation de groupes d'analyse des EIAS, chez les internes de médecine générale, ce qui correspond à une forte demande de leur part. Un tel projet supposerait la formation des généralistes enseignants à la question de la culture de sécurité et à l'analyse systémique des EIAS.

Le Président de la thèse,
*Nom et Prénom du Président*
*Signature*

Pôle Information Médicale Evaluation Recherche
des Hospices Civils de Lyon
**Professeur Cyrille COLIN**
62 avenue Lacassagne Bât. A - 69424 Lyon Cedex 03
Tél. 04 72 11 57 71 - Fax 04 72 11 57 20

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 21 SEP. 2015

VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est

Université Claude Bernard Lyon I – Faculté de Médecine Lyon Est

Professeur Jérôme ETIENNE

VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales

Université Claude Bernard Lyon I

Professeur François-Noël GILLY


(CC BY-NC-ND 2.0)

## *Bibliographie*


1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM *et al.*. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991;324(6):370-6.

2. Kohn K, Corrigan J, Donaldson M. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington DC: National Academy Press; 1999. 335 p. Disponible sur: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728&page=R2

3. Michel P, Minodier C, Moty-Monnereau C *et al.*. Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité. Etudes Résultats. mai 2011;761:1-16.

4. Michel P, Keriel-Gascou M, Kret M *et al.*. Etude nationale en Soins PRImaires sur les événemenTs indésirables (ESPRIT 2013). Rapport final. CCECQA, Bordeaux, décembre 2013. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ESPRIT_-_etude_natioanle_soins_primaires_evenements_indesirables_-_decembre_2013.pdf

5. Schwappach DL, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. Swiss Med Wkly. 2009;139(1):9.

6. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? J Am Med Assoc. 1991;265(3):2089-94.

7. Engel KG, Rosenthal M, Sutcliffe KM. Residents' responses to medical error: coping, learning, and change. Acad Med. 2006;81(1):86-93.

8. HAS - Évaluation et amélioration des pratiques. Revues de mortalité et de morbidité (RMM). Guide méthodologique. Paris, novembre 2009.

9. Orlander JD, Barber TW, Fincke BG. The morbidity and mortality conference: the delicate nature of learning from error. Acad Med. 2002;77(10):1001-6.

10. Bal G, David S, Sellier E, François P. Intérêt des revues de mortalité et de morbidité pour la formation des médecins et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : revue de la littérature. Presse Médicale. Fév 2010;39(82):161-8.

11. Arnaud Persin. La revue de morbidité mortalité en établissement de santé est-elle transposable en médecine générale? [Thèse d'exercice de Médecine]. Nancy : Université H. Poincaré Nancy I; 2007.

12. Chanelière M, Comte C, Keriel-Gascou M, Siranyan V, Colin C. Mise en place d'une revue de morbi-mortalité en médecine générale : à propos d'une expérimentation conduite en Rhône-Alpes. Presse Médicale. oct 2013;42(10):e363-70.

13. Accreditation Council for Graduate Medical Education. ACGME > Program and Institutional Accreditation [Internet]. Program and Institutional Accreditation. [cité 12 septembre 2015]. Disponible sur: http://www.acgme.org/acgmeweb/tabid/83/ProgramandInstitutionalGuidelines.aspx

14. Favier Arnaudier C. Les internes de médecine générale et l'erreur médicale : étude de l'apport



(CC BY-NC-ND 2.0)

des groupes d'analyse de pratique supervisés dédiés à l'erreur médicale. Saint-Étienne : Université Jacques Lisfranc; 2008.

15. Sherman H, Castro G, Fletcher M *et al.*. Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. Int J Qual Health Care. 2009;21(1):2-8.

16. HAS. Sécurité du patient : gérer les risques - Événement indésirable associé aux soins (EIAS). Paris, octobre 2014. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1777618

17. Galam E. L'erreur médicale, le burnout et le soignant. De la seconde victime au premier acteur. 2012e éd. Paris: Springer; 2011. 327 p.

18. Michel P, Quenon JL, Djihoud A *et al.*. Étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins. Série Etudes. Juin 2006;(60).

19. CCECQA. L'étude EVISA. Quels sont les événements indésirables liés à la médecine ambulatoire et conduisant à une hospitalisation ? Quelles sont leurs causes et leurs conséquences ? Bull Inf CCECQA. mai 2010;(25).

20. Chanelière M, Proboeuf T, Letrillart L, Zerbib Y, Colin C. La iatrogénie observée en médecine générale. Exercer. 2014;25(114):173-80.

21. HAS - Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Manuel de certification des établissements de santé - V2010. Paris, avril 2011.

22. Hilfiker D. Facing Our Mistakes. N Engl J Med. janv 1984;310(2):118-22.

23. Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness. J Gen Intern Med. 1992;7(4):424-31.

24. Wu AW. Medical error : the second victim. Br Med J. mars 2000;320:725-6.

25. Chanelière M. Impact des erreurs médicales sur la pratique des médecins généralistes : étude qualitative auprès de 15 praticiens de la région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice de Médecine]. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1 - Faculté de Médecine Lyon Nord; 2005.

26. Venus E. L'erreur médicale : impact et gestion par les internes de médecine générale de Paris Diderot. Analyse de 70 questionnaires et 10 entretiens [Thèse d'exercice de Médecine]. Paris : Université Diderot Paris 7; 2007. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3559_VENUS-THESE.pdf

27. Rédaction Prescrire. Apprendre à tirer parti des erreurs : un atelier de réflexion individuelle et collective. Rev Prescrire. nov 2011;31(337):863-6.

28. Prescrire Éviter l'Évitable - Accueil [Internet]. [cité 11 juill 2015]. Disponible sur: http://evitable.prescrire.org/Fr/Summary.aspx

29. Agence Internationale de l'Energie Atomique, Groupe Consultatif International pour la Sûreté Nucléaire. Culture de sufeté. Vienne: Agence Internationale de l'Energie Atomique; 1991.

30. Reason J. Human error: models and management. Br Med J. 2000;320(7237):768-70.

31. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. BMJ Qual Saf. 1 avr 2011;20(4):338-43.


(CC BY-NC-ND 2.0)

32. Health and Safety Commission. Third Report : Organizing for safety. ACSNI Study Group on Human Factors. London: HMSO; 1993.

33. Occelli, P. La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique. HAS; Paris , décembre 2010. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-02/culture_de_securite_des_soins__du_concept_a_la_pratique.pdf

34. Sorra J, Nieva V. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004 sept. Report No. 04-0041.

35. Parker D. Managing risk in healthcare: understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). J Nurs Manag. mars 2009;17(2):218-22.

36. European Society for Quality in Healthcare. WP1. Promoting Patient Safety Culture. 2009; ISQUA Dublin. Disponible sur: http://www.esqh.net/sites/default/files/ESQH_public_files/Solvejg.pdf

37. Occelli, P, Quenon JL, Djihoud A. Mesure de la culture de sécurité des soins en milieu hospitalier. Guide d'utilisation de l'outil de mesure. CCECQA, Pessac, mai 2010. Disponible sur: http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/u46/2.outilsgdr.pj-culture_securite-guide_dutilisation_030610.pdf

38. Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. Qual Saf Health Care. August 2007;16(4):313-20.

39. Westrum R. A typology of organisational cultures. Qual Saf Health Care. December 2004;13(suppl_2):ii22-7.

40. Verbakel NJ, Zwart DL, Langelaan M, Verheij TJ, Wagner C. Measuring safety culture in Dutch primary care: psychometric characteristics of the SCOPE-PC questionnaire. BMC Health Serv Res. 2013;13(1):354.

41. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. Ann Intern Med. 2013;158(5_Part_2):369-74.

42. Ko HC, Turner TJ, Finnigan MA. Systematic review of safety checklists for use by medical care team in acute medical settings - limited evidence of effectiveness. BMC Health Serv Res. 2011;11:211-9.

43. Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. BMJ Qual Saf. 1 avr 2014;23(4):299-318.

44. Gjeraa K, MøLler TP, øStergaard D. Efficacy of simulation-based trauma team training of non-technical skills. A systematic review: Simulation in trauma team training of NTS. Acta Anaesthesiol Scand. août 2014;58(7):775-87.

45. Hofmann DA, Mark B. An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. Pers Psychol. 2006;59(4):847-69.

46. Occelli, P. Impact de l'analyse de scénarios cliniques d'événements indésirables liés aux soins sur la culture de sécurité dans 18 unités de soins d'Aquitaine [Thèse d'exercice de Médecine].


(CC BY-NC-ND 2.0)

Bordeaux: Université de Bordeaux II, Faculté de Médecine; 2010.

47. HAS - Evaluation et amélioration des pratiques. Revues de mortalité et de morbidité et médecine générale. HAS, Paris, janvier 2010.

48. Gillies RA, Sulkowski S, Lambert J, Wagner PJ. Do morbidity and mortality conferences still have a role in family medicine residencies?. Letter to the editor. Fam Med. févr 2007;39(2):82-3.

49. Yaffe MJ, Gupta G, Still S *et al.*. Morbidity and mortality audits:« How to » for family practice. Can Fam Physician. 2005;51(2):234-9.

50. HAS - Évaluation et amélioration des pratiques. Développement professionnel continu. Méthodes et modalités de DPC. HAS, Paris, décembre 2012.

51. Conférences Paul Savy. Association Conférences Paul SAVY - Lyon : Groupe d'analyse d'événements indésirables [Internet]. [cité 12 septembre 2015]. Disponible sur: http://www.cpsavy.org/groupe-d-analyse-d-evenements/

52. Colas C-É, Charles R, Meyrand B. Les revues de morbi-mortalité sont-elles utilisables en soins primaires? Première partie: approche méthodologique d'une expérience. Médecine. 2010;6(1):28-30.

53. Colas C-E, Charles R, Meyrand B. La crise suicidaire en médecine générale Une revue de morbidité et de mortalité en groupe d'analyse de pratiques. Médecine. 2010;6(2):78-83.

54. Guillaume J, Vallée J, Bonnefond H, Charles R. Appels téléphoniques au cours de la consultation de médecine générale, revue de morbi-mortalité en groupe d'analyse de pratiques. Médecine. janv 2013;9(1):41-6.

55. Lafont M, Oriol J-M. Compte-rendu Expérimentation RMM PPa. HAS et CEPPRAL; Paris, octobre 2013.

56. Mazer Arlotto L. Revue de morbimortalité pluriprofessionnelle en soins primaires: expérience du pôle de santé de Roquefort les Pins concernant la iatrogénie des anti vitamines K chez les personnes de plus de 65 ans [Thèse d'exercice de Médecine]. Nice : Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2011.

57. Bechtold ML, Scott S, Dellsperger KC, Hall LW, Nelson K, Cox KR. Educational quality improvement report: outcomes from a revised morbidity and mortality format that emphasised patient safety. Postgrad Med J. 1 avr 2008;84(990):211-6.

58. Kauffmann RM, Landman MP, Shelton J *et al.*. The Use of a Multidisciplinary Morbidity and Mortality Conference to Incorporate ACGME General Competencies. J Surg Educ. juill 2011;68(4):303-8.

59. Kravet SJ, Howell E, Wright SM. Morbidity and mortality conference, grand rounds, and the ACGME's core competencies. J Gen Intern Med. Nov 2006;21(11):1192-4.

60. Harbison SP, Regehr G. Faculty and resident opinions regarding the role of morbidity and mortality conference. Am J Surg. 1999;177(2):136-9.

61. Dudas RA, Bundy DG, Miller MR, Barone M. Can teaching medical students to investigate medication errors change their attitudes towards patient safety? BMJ Qual Saf. April


(CC BY-NC-ND 2.0)

2011;20(4):319-25.

62. Papiernik E, Bucourt M, Zeitlin J. Audit des pratiques obstétricales : influence sur la mortalité périnatale. Bull Académie Natl Médecine. 2005;189(1):71-85.

63. Papiernik E, Bucourt M, Zeitlin J, Senanedj P, Topuz B. Evolution de la régionalisation des soins périnatals en Seine-Saint-Denis de 1989 à 1999. J Gynéco-Obstétrique Biol Reprod. 2001;30(4):338-43.

64. Rudigoz R, Carrabin N, Huissoud C. Impact des revues de morbi-mortalité. Expérience du réseau Aurore de 2005 à 2007. J Gynéco-Obstétrique Biol Reprod. 2009;(38):328-34.

65. ANAES. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. ANAES ; Paris, janvier 2003.

66. HAS - Évaluation et amélioration des pratiques. Revue de morbidité et de mortalité (RMM). Une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. HAS; Paris, octobre 2009.

67. Fiche déclarative d'événement indésirable survenu en stage. In: PortfoLyon. Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon: Collège Universitaire de Médecine Générale; 2014. Disponible sur: http://anciensite.clge.fr/article.php3?id_article=399

68. Le Tourneur A, Komly V. Burn out des internes en Médecine Générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine [Thèse d'exercice de Médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier, Faculté de Médecine de Grenoble ; 2011.

69. Prescrire Rédaction. La fabrique des DCI - deuxième partie : comprendre les segments-clés pour donner du sens au nom des médicaments. Rev Prescrire. déc 2012;32(350):940-6.

70. Décret n° 2014-1359 du 14 novembre 2014 relatif à l'obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale et des logiciels d'aide à la dispensation prévue à l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale | Legifrance [Internet]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/11/14/2014-1359/jo/texte [cité 12 septembre] 2015

71. Jacquet F. Outils d'évaluation de la culture de sécurité des étudiants en médecine. Revue de la littérature [Thèse d'exercice de Médecine]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1, Faculté de Médecine de Lyon Est; 2012.

72. Jacque M. Attitude et comportement des étudiants en médecine de Lyon en terme de sécurité des soins : Traduction d'un outil de mesure [Thèse d'exercice de Médecine]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1, Faculté de Médecine de Lyon Est; 2014.

73. HAS - Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Ipsos Health. Etude perception de la sécurité des soins en ville – Présentation. HAS ; Paris, mai 2011.

74. Kirkpatrick D, Kirkpatrick J. Evaluating training programs : the four levels. San Francisco, CA: Berett-Koehler; 2006.


(CC BY-NC-ND 2.0)

## *Annexes*


- Annexe 1 : Fiche de procédure de la revue de morbi-mortalité en groupe d'internes p. 96
- Annexe 2 : Guide d'entretien p. 98
- Annexe 3 : Compte-rendu de la RMM du 18/09/2013 p. 100
- Annexe 4 : Compte-rendu de la RMM du 20/02/2014 p. 106
- Annexe 5 : Entretiens p. 109



(CC BY-NC-ND 2.0)

**Annexe 1 : Fiche de procédure**

# Procédure de revue de morbi-mortalité en groupes d'internes

# Thèse G. Eichinger – Université de Lyon – 2014

## I. Cadre général et définitions

### A. Définitions

La revue de morbidité et de mortalité est une analyse rétrospective et collective de cas marqués par la survenue d'un événement indésirable. L'analyse se veut systémique, c'est-à-dire qu'elle s'attachera à étudier tout l'environnement de soin (technique, matériel, humain, organisation des soins...), en remontant à la racine de chaque problème rencontré.

Par événement indésirable, on entend toute « situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages » pour un patient (ANAES 2003). On inclura donc des situations à risque où aucun dommage n'a été subi par le patient, grâce à une action protectrice survenue avant l'événement indésirable.

### B. Contexte d'organisation

La revue de morbi-mortalité est une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles, dont l'intérêt a été reconnu par la HAS, qui l'a intégrée dans les procédures de développement professionnel continu.

La revue de morbi-mortalité décrite dans ce document s'inscrit dans un travail de thèse qui s'intéresse à la qualité et à la sécurité des soins chez des médecins en formation initiale en médecine générale. L'objectif de l'étude est de tester cette méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques dans une population d'internes.

## II. Participants

Les participants sont des internes de médecine générale de l'Université de Lyon, quels que soient leur année d'étude, les stages accomplis ou actuels. Leur sélection se fait par groupes de tuteurés, dont le médecin responsable acceptera de participer à l'étude.

Les revues sont dirigées par l'interne thésard ou par son directeur.

## III. Organisation

L'étude se déroule en trois temps :

- une première réunion d'information sur l'objectif du travail et son déroulement ; ce premier temps aura lieu au début ou la fin d'un Groupe d'Échange de Pratique (GEP),
- une deuxième réunion, organisée à la place du GEP suivant, pendant laquelle aura lieu la revue de morbi-mortalité ;
- un troisième temps consacré à l'évaluation de la revue de morbi-mortalité, trois à six mois plus tard : entretiens semi-dirigés individuels avec les participants, recueillant leurs impressions sur la séance et son impact éventuel sur leur pratique.

## IV. Sélection et préparation des cas étudiés


(CC BY-NC-ND 2.0)

Chaque interne doit venir avec un cas clinique extrait de sa propre pratique, survenu de préférence dans le cadre de son stage actuel. Il n'est pas demandé de thème particulier pour la sélection du cas.

Le cas doit comporter un événement indésirable qui peut être avéré ou potentiel et peut concerner tout aspect de la prise en charge du patient : par exemple, une iatrogénie médicamenteuse, un problème de coordination ou de communication dans l'équipe soignante, un décès ou une complication inexpliqués...

La préparation consiste en la collecte du maximum d'information concernant la prise en charge du patient sélectionné : résumé d'hospitalisation détaillé pour les cas en établissement de santé, résumé des consultations pour les cas en cabinet.

Les données seront anonymisées : il ne doit pas être fait mention des noms et prénoms des patients (même sous forme d'initiale). On demande simplement des informations médicales (âge, sexe, antécédents, facteurs de risques...) et sociales (catégorie socioprofessionnelle et autres informations utiles à la compréhension). Le lieu d'exercice ne sera pas non plus précisé : s'il s'agit d'un cabinet médical, on indiquera simplement le type d'exercice (rural, urbain...) ; s'il s'agit d'un service hospitalier, la spécialité et le type d'établissement (hôpital général, local ou CHU...).

Il est important d'avoir le maximum d'informations sur la prise en charge, pour pouvoir analyser la situation de soins de la manière la plus complète possible, mais d'être bien synthétique pour ne pas passer trop de temps sur la présentation.

## V. Déroulement de la revue de morbi-mortalité

La durée de la séance sera d'environ 3h.

Chaque présentation de cas se déroule en trois temps :

- exposé des faits de manière chronologique
- analyse de la situation de soins et des problèmes rencontrés ; chaque problème identifié sera remonté jusqu'à sa racine
- pour chaque problème rencontré, on essaiera de proposer une action correctrice, devant éviter une survenue ultérieure du même problème

L'analyse des cas se fera à l'aide des fiches d'aides à l'analyse de la HAS (Guide méthodologique de novembre 2009).

En pratique, chaque interne présente son cas, tour à tour, et le groupe analyse ensemble la situation de soins pour réfléchir à tous les éléments qui ont pu concourir à la survenue de l'événement indésirable décrit. La présentation et l'analyse de chaque cas est limitée à 15-20 minutes, en fonction du nombre d'internes présents, pour permettre à chacun d'exposer son cas.

Un secrétaire de séance (l'interne thésard) note, pour chaque cas, un résumé de la situation clinique, l'événement indésirable identifié, les facteurs favorisants ou protecteurs vis-à-vis de l'événement et les propositions d'actions correctrices faites. Ces informations serviront à la rédaction d'un compte-rendu de séance, qui sera ensuite diffusé à tous les participants.

## VI. Suivi des actions d'amélioration

Le suivi des actions d'amélioration sera réalisé au cours d'entretiens semi-dirigés individuels (physiques ou téléphoniques, selon la disponibilité), qui permettront de recueillir, pour chaque participant, ses impressions sur la revue de morbi-mortalité et l'impact des actions d'améliorations : acceptabilité de ces mesures et mise en pratique effective.


(CC BY-NC-ND 2.0)

## Annexe 2 : Guide d'entretien

**Présentation thésard et sujet de la thèse :**

Bonjour et merci d'avoir accepté que l'on se revoit pour cet entretien. Comme je l'avais expliqué, lors des précédentes étapes, toute cette démarche est organisée pour mon travail de thèse, qui s'intéresse à la qualité et à la sécurité des soins chez les internes de médecine générale.
L'objectif était de tester la revue de morbi-mortalité, en tant qu'outil d'amélioration de la pratique et pour permettre de revenir sur des situations de soins qui peuvent être vécues de manière désagréable.

Avant de débuter, je veux t'informer que cet entretien sera enregistré et entièrement transcrit pour me permettre de travailler dessus. Malgré cela, les données resteront anonymes et rien ne permettra de t'identifier dans le travail final.

**Présentation interne interrogé :**

Pour débuter, je vais te demander quelques informations sur ton parcours, de manière à connaître la population de mon étude :

- Quel âge as-tu ?
- À quel semestre étais-tu lors de la RMM ?
- Quels stages avais-tu validé ? Étais-tu déjà passé par le stage chez le praticien ?

**Sur la RMM :**

1. Avant d'en faire une dans le cadre de mon travail de thèse, avais-tu déjà entendu parler de la RMM ? Si oui, comment ?

*Relances éventuelles* : Avais-tu assisté à des RMM et où ? Avais-tu toi-même présenté un/des cas au cours d'une RMM ?

**Sur l'organisation et le déroulement :**

2. Comment as-tu trouvé les explications orales données lors de la présentation du projet ?
3. Qu'as-tu pensé des explications écrites (fiche de procédure distribuée lors de la présentation du projet) ?

*Relance* : Qu'as-tu pensé des définitions qu'elle contenait, des explications sur le déroulement de la procédure ?

*Relance* : Globalement, avais-tu l'impression d'avoir bien compris comment allait se dérouler la RMM et ce qui était attendu comme travail préparatoire ?

**Sur le choix du cas :**

4. Comment s'est passé le choix de ton cas ?

*Relance* : Qu'est-ce qui t'a fait choisir ce cas, plutôt qu'un autre ? Y avait-il d'autres cas que tu aurais pu présenter ou as-tu déjà eu du mal à en trouver un ?

5. La définition de la fiche de procédure était-elle suffisamment précise, pour te guider ?
6. Avais-tu déjà discuté du cas présenté avec quelqu'un avant la RMM ? Si oui, dans quelles circonstances ?

**À propos de la présentation et de l'analyse de ton cas :**

7. De ton point de vue, comment s'est passé la présentation de ton cas ?
   *Relance/reformulation* : Quelles ont été tes impressions ? Qu'as-tu ressenti ?
8. Toujours de ton point de vue, comment s'est passé l'analyse de ton cas ?
   *Reformulation* : Comment as-tu perçu ce moment ?
   *Relance* : Quel a été l'apport des autres internes, selon toi ?

**À propos de la présentation et de l'analyse des cas des autres internes :**


(CC BY-NC-ND 2.0)

9. Qu'as-tu pensé des cas présentés par les autres internes ?
   *Relance/reformulation* : Quel était ton sentiment par rapport aux situations qu'ils ont décrites ?
10. Comment s'est passée, selon toi, l'analyse des cas des autres internes ?
    *Reformulation* : Comment as-tu perçu/ressenti l'analyse des cas des autres internes ?

**À propos de l'impact de la RMM :**

11. Que retiens-tu des actions d'amélioration proposées lors de la RMM ?
    *Relance* : As-tu appliqué une ou des actions d'amélioration qui avaient été proposées lors de la RMM ?
    *Relance* : Quels en ont été les apports dans ta pratique, selon toi ?
12. Plus généralement, as-tu noté un/des changement(s) dans ta pratique, après la RMM ? Si oui, de quel ordre (conduite diagnostique ou thérapeutique, communication, relation avec les patients...) ?
13. D'un point de vue plus personnel, quels changements la RMM a-t-elle permis dans ton ressenti de l'événement que tu as présenté ?
14. Plus généralement, quels apports a pu avoir la RMM, par rapport à ton vécu des événements indésirables ?
15. Si tu avais déjà discuté de ton cas auparavant, qu'est-ce que la présentation en RMM a permis d'apporter en plus ?

**Acceptabilité de la RMM :**

16. Que penses-tu la méthodologie de la RMM pour parler d'événements indésirables ?
    *Relance* : la méthode de présentation et d'analyse des cas, le cadre de discussion... ?
17. Selon toi, une RMM apporte-t-elle quelque chose par rapport aux enseignements en place au cours du DES à la faculté de Lyon ? Si oui, quoi ?
18. Serais-tu d'accord pour recommencer ce type de groupe d'échange de pratique régulièrement au cours de l'internat ?

**Autres remarques :**

19. As-tu d'autres remarques à faire ?
20. As-tu des suggestions pour améliorer le dispositif : organisation, discussions, analyse des cas, etc. ?


(CC BY-NC-ND 2.0)

## Annexe 3 : Compte-rendu de la RMM du 18/09/2013

### Compte-rendu de revue de morbi-mortalité du 18/09/2013

**1er cas exposé :**

Interne de 1er semestre ; UHCD dans un hôpital général.

**Résumé du cas :**
Patiente de 88 ans, agricultrice retraitée, hospitalisée pour poussée d'insuffisance cardiaque, un jeudi soir. Strabisme divergent de l'œil gauche avec écoulement clair, sans rougeur, ni douleur, ni baisse de l'acuité visuelle. Traitement de l'insuffisance cardiaque rapidement efficace.
Vendredi : persistance de l'écoulement, signalé par les aides-soignantes, confirmé avec la patiente. Lavage par sérum physiologique.
Lundi : pas d'amélioration ; ajout de collyre antiseptique Biocidan.
Mercredi : toujours pas d'amélioration ; demande d'avis ophtalmo, qui montre une infection intraoculaire avec risque de fonte purulente de l'œil. Antibiothérapie locale par injections intraoculaires.
Lundi suivant : malgré le traitement, nécessité d'énucléation.

**Événement indésirable :** perte d'un œil pour la patiente.

**Éléments favorisants :**
- présentation trompeuse, peu symptomatique, masquée par le problème cardiaque qui est traité en priorité – longue discussion sur ce point, sur lequel beaucoup ont pensé qu'ils seraient également passés à côté
- traitement initial inadapté
- encadrement insuffisant : contre-visite orale seulement, sans reprise du dossier complet ; visite le lendemain très rapide
- Inertie à la décision : 1er médecin aux urgences passé à côté du problème et pas de réévaluation complète par les médecins suivants.

**Facteur protecteur :**
- rappel par les aides-soignantes.

**Propositions d'actions correctrices :**
- bien penser à la prise en charge globale, en priorisant les pathologies, mais sans omettre aucun problème potentiel
- ne pas hésiter à demander (voire insister pour avoir) une contre-visite complète par le senior
- ne pas tarder à demander l'avis spécialisé, si pas assez de compétence dans une discipline

**2e cas exposé :**

Interne de 2e semestre ; service de gynéco-obstétrique d'un CHR.

**Résumé du cas :**
Patiente de 19 ans, G1P0 (1 IVG médicamenteuse), porteuse d'un implant progestatif depuis plus d'un an et en aménorrhée secondaire avec quelques spottings occasionnels.
1re consultation aux urgences gynécologiques (interne de médecine générale) pour métrorragies abondantes depuis 3 semaines. Examen plutôt rassurant, avec TA 115/74, FC 71, peu de sang au spéculum, TV indolore. Échographie endo-vaginale par l'interne : endomètre épaissi à 12 mm, avec un caillot dans le fond utérin, RAS par ailleurs. Appel au senior de garde : traitement d'un mois par macro-progestatif pour probable hypertrophie endométriale sous implant.
10 jours plus tard, patient admise aux urgences générales pour malaise et métrorragies. TA 90/53, hémoglobine à 71 g/L. Transfusion de 2 CGR et appel du gynécologue de garde, qui ne se déplace pas.
Le lendemain matin, patiente présentée à la relève comme nécessitant une nouvelle échographie avant


(CC BY-NC-ND 2.0)

éventuel curetage. L'échographie révèle de nombreux caillots sur une muqueuse atrophique, indication d'aspiration + curetage au bloc opératoire.

**Événement indésirable :** aspiration – curetage et transfusion chez une jeune femme de 19 ans.

**Facteurs favorisants :**

- 1re prise en charge inadaptée
  - traitement inadapté sur méprise diagnostique
  - pas de NFS faite malgré un saignement supposé important et traînant
  - problème de l'interprétation de l'échographie par un interne n'ayant eu qu'une formation minimale
- Pas de reconvocation pour réévaluation de la patiente, pas de consignes claires laissées a priori
- Gynécologue de garde (remplaçant ce jour là) qui ne se déplace pas lors de l'hospitalisation aux urgences.

**Propositions d'actions correctrices :**

- penser facilement à la numération si doute sur un saignement important
- revoir la pratique des échographies par les internes de médecine générales, non formés à un examen pourtant très dépendant de l'utilisateur : seniorisation systématique ? au cas par cas ?
- Ne pas laisser un patient repartir sans consignes claires (suivi du traitement, surveillance) et s'être assuré qu'il a bien compris
- meilleure disponibilité à discuter avec les médecins remplaçants.

**3e cas présenté :**

Interne de 4e semestre, en service de SSR pédiatriques.

**Résumé du cas :**
Petite fille de 20 mois, jumelle d'une grossesse bichorio-biamniotique, née prématurément à 31 SA + 6 jours, après rupture spontanée des membranes à 19 SA. Suspicion de syndrome de Moebius atypique (paralysie congénitales des muscles des yeux et du visage), trouble de l'oralité avec nécessité de gastrostomie et alimentation parentérale en cours, retard de développement psychomoteur et hypotonie axiale, encombrement et hyperréactivité bronchique dont le bilan étiologique est négatif.
Fièvre débutant le 13/07, avec examen normal le 1er jour. Persistance de la fièvre pendant 3 jours sans autre signe, réévaluation médicale le 16/07, avec infection d'allure virale, sans signe de gravité.
1re désaturation le 16/07 au soir avec nécessité d'O2 à 0,5L/min.
Le 17/07 : sibilants, sans signes de détresse respiratoire.
Le 18/07 : toux importante, sibilants. Oxygénodépendance à partir du matin. 5 aérosols de Ventoline faits dans la nuit par une IDE intérimaire, sans que cela soit transmis à la relève matinale. Bactrim débuté après un Streptatest négatif.
Le 19/07 : très spastique avec tirage sus sternal et sus claviculaire. Aérosols de Ventoline rapprochés + prednisolone et O2 à 1,5 L/min. L'après-midi, aérosols en continu et décision de mutation en réa pédiatrique via le SMUR. Problèmes de communication avec le SMUR qui estime que l'équipe a sous-évalué la gravité de l'enfant.
En réa pédiatrique : asthme aigu grave, suite à infection à picornavirus et adénovirus. Prise en charge symptomatique très lourde.

**Événement indésirable :** retard diagnostique et thérapeutique d'un asthme aigu grave, chez une petite fille fragile.

**Facteurs favorisants :**

- antibiothérapie débutée avant prélèvements (hémocultures ou prélèvements bronchiques)
- sous-évaluation gravité à partir du 18/07
- aérosols non mentionnés à la relève par l'IDE
- retard à la mutation en réanimation malgré l'état clinique le 19/07


(CC BY-NC-ND 2.0)

**Propositions d'actions correctrices :**

- jamais d'antibiotiques sans prélèvements bactériologiques
- revoir consignes de relève avec les IDE intérimaires
- revoir les protocoles de soins et les éléments à signaler à l'équipe médicale, avec les paramédicaux
- avoir à disposition et apprendre au personnel à se servir d'un matériel d'enregistrement de la pCO2, dans un service accueillant des enfants ayant parfois des pathologies respiratoires chroniques graves

**4e cas présenté :**

Interne de 2e semestre, service de pédiatrie d'un hôpital local

**Résumé du cas :**

Garçon de 10 mois, sans antécédent notable, admis en service de pédiatrie via les urgences générales, pour fièvre à 40° depuis le matin même et douleur du membre supérieur droit. Pas de données sur le premier examen clinique.

A l'entrée dans le service, biologie montrant une CRP à 54 mg/L, PCT à 11,8 mg/L, leucocytes à 16,5 G/L (13,4 G/L de PNN), pas de BU, pas de radio thoracique.

Le lendemain, persistance de la fièvre avec des pics à 40°, vomissements et une diarrhée. Examen clinique peu développé dans le dossier, considéré comme normal. BU retrouvant leucocytes et cétone, ECBU envoyé. Évocation d'une simple GEA virale, mais surveillance hospitalière et perfusion du fait de difficultés d'alimentation. Nouveau bilan prévu pour le lendemain.

Le jour suivant : persistance de la fièvre avec des pics jusqu'à 40°. Les relèves infirmières évoquent un état général altéré, une somnolence, un enfant qui ne tient plus assis. Examen dans le dossier : pharyngite, RAS par ailleurs. Biologie : CRP 141, PCT 24, leucocytes 13 G/L. ECBU : pas de leucocytes ou de sang, mais cocci Gram + au direct.

Hypothèse d'une pyélonéphrite aiguë, début d'une antibiothérapie par ceftriaxone et amikacine à doses adaptées au poids.

Apyrexie obtenue dès le lendemain, ainsi qu'une amélioration de l'état général. Appel du laboratoire pris par une IDE : cocci Gram négatif identifié sur l'hémoculture. Transmission au pédiatre de garde, qui comprend cocci Gram positif, d'autant que le compte-rendu provisoire du laboratoire mentionne effectivement cocci Gram positif.

Le lendemain, appel d'un médecin de l'ARS concernant l'infection invasive à méningocoque diagnostiquée dans le service ! Résultats définitifs des examens bactériologiques : ECBU contaminé et hémocultures retrouvant bien un méningocoque B, sensible aux antibiotiques utilisés. Adaptation des posologies du traitement, établissement d'une surveillance neurologique au décours de l'infection et antibioprophylaxie des contacts.

**Événement indésirable** : retard et erreur diagnostique sans dommage pour le patient.

**Facteurs favorisants :**

- tableau trompeur et présentation retardée (1ers signes neuro 48h après la 1re consultation aux urgences)
- manque d'information dans les dossiers
- manque de vigilance sur l'examen clinique du jour où l'enfant est hypotonique ?
- défauts de transmissions :
  - relève infirmière faisant état de somnolence, hypotonie, AEG bien transmise aux médecins ?
  - transmission d'une information médicale cruciale à une IDE et pas au médecin directement
- erreurs du laboratoire : transmission information et erreur sur le compte-rendu provisoire

**Facteur protecteur :**

- bilan et hospitalisation le 1er jour (gravité ressentie lors de ce 1er examen?)
- appel du médecin de l'ARS et donc déclaration du cas par le laboratoire

**Propositions d'actions d'amélioration :**

- revoir la transmission des informations importantes médicalement par le laboratoire (transmissions médecin à médecin ?)


(CC BY-NC-ND 2.0)

- revoir la réévaluation clinique des enfants hospitalisés
- remplir le dossier médical avec le maximum d'informations recueillies
- vigilance accrue chez des nourrissons ou des présentations pauvres cliniquement

**5e cas présenté :**

Interne de 2e semestre, service de néphrologie dans un CH général.

**Résumé du cas :**
Femme de 79 ans, veuve retraitée, vivant seule en appartement, ayant des antécédents de BPCO, HTA, syndrome dépressif, sciatique bilatérale, appendicectomie, 4 enfants.
Traitement : Furosémide, CoAprovel, Foradil, Lexomil, Clomipramine, Tegretol LP, Tranxène, Zopiclone.
Chute de sa hauteur, à domicile. Relevée par son IDE, notion de station au sol d'une heure à peine. Adressée au service des urgences : bilan lésionnel négatif (radios bassin et thoraciques normales), biologie montrant une cytolyse à 5N, hyperK à 8,9 (bilan hémolysé), Na 132 et créatinine à 215 µmol/L (précédente connue à 61 quelques mois auparavant). CRP 251 mg/L et 18,6 G/L de leucocytes.
Patiente hospitalisée en UHCD. Le lendemain, majoration du syndrome inflammatoire biologique avec urines purulentes et une hémoculture revenant positive à BGN : mise sous bi-antibiothérapie par ceftriaxone et ofloxacine. De plus, majoration de l'insuffisance rénale avec une créatinine à 307 et oligurie. Pose d'une SAD, arrêt des traitements néphrotoxiques, hydratation et mutation en service d'infectiologie.
Le jour suivant, la fonction rénale continue à s'aggraver, la patiente restant oligurique malgré une hydratation intensive. Des CPK sont demandées et reviennent à 18000. Avis néphrologique demandé : IRA sur rhabdomyolyse. Pas de nécessité de dialyse. Celle-ci sera nécessaire dès le lendemain, du fait d'un tableau d'anasarque, et pendant une quinzaine de jours. Récupération progressive de la fonction rénale et de la rhabdomyolyse, guérison du sepsis urinaire, mais décompensation psychiatrique au cours de l'hospitalisation. Suite de l'hospitalisation en SSR et éventuelle institutionnalisation du fait d'une RAD difficile.

**Événement indésirable :** hospitalisation prolongée et nécessité de dialyse, du fait d'un retard diagnostique d'une rhabdomyolyse aiguë.

**Facteurs favorisants :**
- bilan biologique initial incomplet vu les circonstances (pas de CPK demandées)
- prise en charge syndrome inflammatoire biologique ?
- traitements néphrotoxiques pas arrêtés immédiatement
- mauvaise évaluation de l'insuffisance rénale

**Propositions d'actions d'amélioration :**
- CPK systématiques sur les stations au sol prolongées ou douteuses
- bien penser à revoir le traitement d'un patient dont la fonction rénale se détériore
- avis spécialisé si doute et aggravation ou gravité initiale

**6e cas présenté :**

Interne de 2e semestre, service d'endocrinologie, dans un CH général

**Résumé du cas :**
Homme de 65 ans, muté en endocrinologie, suite à une hospitalisation en réanimation pour hypokaliémie, suite à une chute à domicile. Antécédents de fracture malléolaire tibiale gauche et diabète de type 2 qui n'est plus suivi, ni traité. Isolement et grande précarité sociale.
Passage de 5 jours en réanimation, pour traiter la dyskaliémie, et mutation en soirée. A l'entrée dans le service, examen sans particularité hormis une impotence totale du membre inférieur droit, avec une collection inflammatoire de la face externe de la cuisse, ayant un aspect de cellulite. Fièvre à 38°5 mais constantes normales. Notion d'un amaigrissement de 20 kg depuis 6 mois, dénutrition sévère et anémie carentielle (en partie). Biologie : syndrome inflammatoire avec CRP à 256 mg/L et  et hyperleucocytose à PNN, fonction rénale et ionogramme normaux, HbA1C 12,1%.
Pas de bilan infectieux retrouvé, ni exploration de la collection de la cuisse. Décision d'antibiothérapie par amoxicilline – acide clavulanique, sur hypothèse d'un hématome de la cuisse surinfecté. Appel à l'interne de


(CC BY-NC-ND 2.0)

chirurgie : pas de syndrome des loges mais organisation d'une IRM pour le lendemain.
L'IRM confirmera une collection hématique avec signes de surinfection, sans cellulite associée, sans atteinte articulaire, ni osseuse. Le patient sera pris au bloc le lendemain pour drainage chirurgical, avec mise en évidence d'un staphylocoque doré sensible à la méthycilline.

**Événement indésirable :** retard diagnostique et thérapeutique.

**Facteurs favorisants :**
- pas de bilan infectieux retrouvé dans le dossier malgré une CRP aux urgences élevée
- pas d'exploration de la collection de la cuisse droite avant la mutation en médecine
- tableau initial étrange avec une alcalose associée à une hypokaliémie

**Propositions d'action correctrices :**
- revoir la politique de mutation dans les services
- nombreux points noirs sur la prise en charge en réanimation, à revoir avec eux sans doute

**7e cas présenté :**

Interne de 4e semestre, en garde dans un service de post-urgences gériatriques d'un CH local.

**Résumé du cas :**
Homme de 70 ans, adressé pour bilan de troubles cognitifs, sans autre antécédent notable, pas de traitement connu avant l'hospitalisation.
Anxiété sévère, reconnue par plusieurs soignants, avec initiation d'un traitement par paroxétine et hydroxyzine, qui se sont montrées efficaces. 5 jours plus tard, appel d'une IDE à l'interne de garde pour un délire paranoïaque. L'interne contacte le médecin d'astreinte qui conseille 4 gouttes de Tercian. Difficultés avec le logiciel pour prescrire en gouttes, donc prescription incomplète ou en mg, qui ne sera pas comprise par l'IDE. Celle-ci rappelle le médecin d'astreinte qui fait une prescription orale de Loxapac.

**Événement indésirable :** potentielle erreur de prescription et délivrance d'un psychotrope.

**Facteurs favorisants :**
- mauvaise connaissance du logiciel

**Propositions d'actions correctrices :**
- formation adéquate au logiciel

**8e cas présenté :**

Interne de 4e semestre, de garde aux urgences d'un CH général.

**Résumé du cas :**
Agression à l'accueil, occupant une partie du personnel des urgences. A ce moment-là, l'interne est interpellé par le fils d'une patiente qu'il n'a pas vu et qui lui demande si elle peut manger. En voulant répondre à la question, l'interne dévoile le motif d'admission aux urgences (IMV) au fils, qui n'était pas au courant.
La situation est finalement rattrapée en discutant avec les famille (fille présente également) et l'interne présentera ses excuses.

**Événement indésirable :** rupture du secret médical.

**Facteurs favorisants :**
- non connaissance de la patiente
- contexte d'agitation du service
- agacement et pression du fils de la patiente

**Propositions d'actions correctrices :**


(CC BY-NC-ND 2.0)

- bien s'informer sur un patient avant de répondre à une question le concernant
- ne pas révéler d'information à des accompagnants qui ne se sont pas présentés avant et sans l'accord du patient
- meilleure gestion des accompagnants dans le service

**9e cas présenté :**

Interne de 4e semestre, en service de gériatrie d'un CH local.

**Résumé du cas :**
Patiente de 82 ans, avec des antécédents d'HTA, AVC ischémique sylvien droit régressif totalement, insuffisance rénale modérée (MDRD 45 mL/min, démence mixte (MMS 15/30) et allergie à la pénicilline, hospitalisée suite à une chute à domicile et impotence membre inférieur droit sans fracture identifiée. Au décours de l'hospitalisation, pneumopathie diagnostiquée par l'interne de garde et prescription d'Augmentin per os. Radiographie confirmative et également une opacité suspecte du lobe supérieur gauche.
Le lendemain de la prescription d'antibio, éruption cutanée généralisée associée à une détérioration de la fonction rénale avec clairance à 10 mL/min, arrêt de l'Agmentin pour une fluoroquinolone adaptée à la fonction rénale. Le matin même, un scanner thoracique est demandé avec le chiffre de clairance précédent (le nouveau n'étant pas encore connu). La patiente est descendue au scanner entre 12h et 14h, sans que l'examen soit confirmé à l'équipe médicale… Le scanner est injecté malgré la clairance à 10 mL/min, qui vient d'être connue.
Dans les suites, insuffisance rénale aggravée avec nécessité de dialyses en urgence.

**Événement indésirable :** insuffisance rénale aiguë sévère.

**Facteurs favorisants :**
- erreur de prescription et délivrance d'un médicament auquel la patient est allergique alors que cette allergie était notifiée dans les dossiers médical et infirmier
- problème lié à l'organisation des examens radiologiques, notamment par rapport à l'anticipation de la biologie
- défaut de transmission sur la nécessité de vérification de la biologie avant le scanner

**Propositions d'actions d'améliorations :**
- amélioration du système de prise de rendez-vous des examens radiologiques : au minimum une confirmation aux médecins prescripteurs avant de descendre le patient ?
- bien noter sur les demandes d'examen, les autres bilans importants en cours.
- bien lire le dossier médical avant toute prescription, en particulier d'antibiotiques.

**10e cas présenté :**
Interne de 3e semestre, en service de néonatalogie dans un CH général.

**Résumé du cas :**
Nouveau-né féminin de 3 semaines, en service de néonatalogie pour hypotonie et difficultés d'alimentation avec découverte d'une atrophie du corps calleux. Appartenance à un groupe à risque pour la tuberculose donc indication de BCG. Geste réalisé « en urgence », à un moment où une IDE était disponible pour aider à tenir l'enfant. Au moment de remplir le carnet de santé, l'interne se rend compte que la BCG avait déjà été fait.
Heureusement, pas de problème de tolérance.

**Événement indésirable :** vaccination inutile (prolongation d'hospitalisation d'une journée).

**Facteurs favorisants :**
- travail dans « l'urgence »
- incompréhension avec les parents, qui parlaient mal français

**Propositions d'actions d'amélioration :**
- bonne lecture et bon remplissage du carnet de santé !
- ne pas travailler dans l'urgence pour des gestes qui n'en sont pas.


(CC BY-NC-ND 2.0)

## Annexe 4 : Compte-rendu de la RMM du 20/02/2014

### Compte-rendu de la revue de morbi-mortalité du 20/02/2014

**1er cas exposé :**

Interne de 2e semestre ; service de pneumologie dans un CH local.

**Résumé du cas :**
Patient de 76 ans, hospitalisé pour prise en charge de la douleur, en rapport avec 2 ulcères artériels du pied droit. Suivi dans le service pour un adénocarcinome bronchique de stade 3B, en soins palliatifs suite aux échecs de 2 lignes de chimiothérapie, AOMI de stade 4 ayant bénéficié d'un pontage aortobifémoral 5 ans auparavant, cure d'anévrisme de l'aorte abdominale en 2006.
Les ulcères font suite à des plaies survenues quelques semaines auparavant. L'avis vasculaire ne retient pas d'indication chirurgicale ou de revascularisation, les examens doppler étant considérés comme corrects et stable par rapport à d'anciens examens. Les douleurs nécessitent tout de même l'hospitalisation du patient qui, par manque de place dans le service, a été admis dans un autre étage, en attendant la libération d'un lit en pneumologie.
Une augmentation des doses de morphine ne suffisant pas à calmer la douleur, un avis téléphonique est pris auprès de l'équipe mobile de la douleur, qui recommande de remplacer le Skenan (morphine) par de l'Oxycontin (oxycodone), qui serait plus efficace sur les douleurs neuropathiques.
Le tour dans le service est fini à 12h15, alors qu'il reste encore 4 patients à voir dans les autres étages. Arrivé au lit du patient, le Skenan est finalement remplacé par du Moscontin (morphine également), sans changement des doses prescrites.
L'erreur est repérée quelques heures plus tard, avant la première prise par le patient.

**Événement indésirable :** erreur de prescription, sans conséquence dommageable pour le patient

**Facteurs de risque :**
- organisation du service : répartition des lits dans la clinique, absence de système de prescription informatisé
- avis téléphonique pris entre 2 patients, au cours du tour du matin
- noms de médicaments proches

**Actions d'amélioration proposées :**
- prise de note systématique lors d'avis téléphoniques
- prescription en DCI
- vigilance accrue lors de prescription dont on n'a pas l'habitude ou de produits à risque (stupéfiants, chimiothérapie...)

**2e cas exposé :**

Interne de 1er semestre ; service de gynéco-obstétrique d'un CHG.

**Résumé du cas :**
Patiente admise en service de gynéco-obstétrique suite à un malaise et des douleurs abdomino-pelviennes. Antécédent de pyélonéphrite et contraception par stérilet, posé plusieurs mois auparavant dans le service, sans complication.
Examen général normal, examen gynécologique retrouvant simplement une douleur de la fosse iliaque gauche, avec sensibilité annexielle gauche au toucher vaginal. Les examens complémentaires ne retrouvent pas d'anomalie notable, mais l'échographie ne montre pas le stérilet de la patiente ! Un examen plus poussé permettra de le situer au niveau de l'ovaire droit.
Une cœlioscopie est organisée pour le lendemain : retrait du stérilet et exploration abdomino-pelvienne ne montrant pas de lésion utérine.


(CC BY-NC-ND 2.0)

**Événement indésirable :** migration du stérilet (aléa thérapeutique)

**Facteurs de risque :**
- pas de contrôle échographique après pose du stérilet

**Action d'amélioration proposée :**
- contrôle systématique de la bonne position du stérilet quelques semaines après la pose

**3e cas exposé :**

Interne de 3e semestre ; garde dans CH gériatrique

**Résumé du cas :**
Interne appelée dans un service de long séjour, auprès d'un patient dément, grabataire, en fin de vie. Demandes d'euthanasie non cachées par la famille, qui se montre parfois agressive.
Appel concernant une angoisse, des douleurs, un encombrement. Fille sur place, motivant probablement l'appel de l'interne par l'IDE, intérimaire qui n'est pas habituée au service.
Après examen, décision de mise en place d'un PSE de morphine IV, à 5 mg/24h. Difficultés avec le protocole de prescription des morphiniques, peu pratique à utiliser. Le patient est finalement soulagé et dort paisiblement durant le reste de la nuit.
Le lendemain matin, l'équipe de journée se rend compte que la vitesse d'injection est 10 fois plus importante que prévue.

**Événement indésirable** : surdose de morphine, sans conséquence dommageable pour le patient

**Facteurs de risque :**
- IDE pas habituée au service
- manque de pratique dans la prescription des morphiniques
- manque de pratique du protocole de prescription des morphiniques, lui-même compliqué à utiliser
- fille du patient sur place toute la nuit : manipulation du PSE ?

**Actions d'amélioration proposées :**
- vigilance accrue par rapport à certaines prescriptions (morphiniques, protocoles mal connus...)
- contrôle de la vitesse du PSE par les soignants
- vigilance par rapport au type de soins, quand un tiers est présent, particulièrement en cas de difficultés de communication ou de demandes de soins non réalisables

**4e cas présenté :**

Interne de 1er semestre ; urgences d'un CH général.

**Résumé du cas :**
Patiente de 18 ans, admise à l'accueil des urgences, dans la filière traumato-orthopédie, suite à un AVP en scooter, casquée, renversée par une voiture.
A l'admission, constantes normales, douleurs cervicales et lombaires basses, examen clinique sans particularité. Lors de la prise en charge, apparition de vomissements, douleurs abdominales, malaises, pâleur. Un bilan radiologique rachidien est prescrit et revient normal, la glycémie est normale. La patiente reçoit une perfusion, des antalgiques et des antiémétiques, puis est autorisée à retourner à son domicile, après cessation des vomissements. Ceux-ci, ainsi que les malaises sont mis sur le compte de réactions vagales.
Trois jours plus tard, elle consulte de nouveau à l'accueil des urgences, pour persistance de douleurs du flanc gauche et fièvre à 39°, deux jours plus tôt. L'examen retrouve une douleur importante à l'ébranlement lombaire gauche, sans autre anomalie. La BU retrouve une hématurie à 3+. Le bilan biologique retrouve une hémoglobine à 111 g/L, une CRP à 44 mg/L et une échographie abdominale est pratiquée : collection rétropéritonéale de 70 x 14 mm, en regard des 2/3 supérieurs du rein gauche, avec épanchement liquidien périsplénique et pelvien.


(CC BY-NC-ND 2.0)

Un avis urologique est demandé, qui conseille de réaliser un uroscanner, qui ne pourra avoir lieu le jour même. La patiente est donc hospitalisée pour réaliser l'examen le lendemain. Celui-ci confirmera une contusion rénale gauche, associée à l'hématome, dans signe de saignement actif.

**Événement indésirable :** retard diagnostique d'un hématome du rein

**Facteurs favorisants :**
- erreur de tri initiale ?
- relève IDE qui semble ne pas avoir été prise en compte lors de la prise en charge initiale : notion de douleurs abdominales, qui ne sont pas retrouvées dans le CR médical
- 1er bilan centré sur les problèmes orthopédiques, pas de BU ni de notion claire d'examen abdominal
- problèmes liés à la disponibilité des radiologues dans cet hôpital

**Actions d'amélioration :**
- rester attentif aux plaintes des patients, même après tri dans un secteur particulier - prise en charge globale
- attention aux polytraumas – examen complet systématique

**5e cas présenté :**

Interne de 3e semestre ; service de pédiatrie d'un CH général.

**Résumé du cas :**
Patient de 14 ans, admis en service de pédiatrie, via les urgences pédiatriques pour bilan de crises convulsives, dans un contexte d'hyperthermie. Notion d'épilepsie non traitée, avec une première crise en 2009. Le jeune homme est initialement adressé par son médecin traitant, qui l'a vu 24h après la crise. Aux urgences, l'examen clinique est normal, il est apyrétique, les examens biologiques sont normaux, en dehors d'une CRP à 29 mg/L. Un prélèvement grippe revient négatif, un EEG est réalisé et est normal. Le médecin des urgences appelle dans le service et recommande la PL, qui n'a pu être faite dans le service de porte.
Dans le service, l'interrogatoire est repris. Les malaises, qui existent depuis 2009 et dont les bilans ont été négatifs (hospitalisation en 2009) évoquent en fait des malaises vagaux, assez fréquents chez ce jeune homme. Les derniers, motivant l'hospitalisation actuelle, surviennent 24h après un syndrome pseudo grippal avec mal de gorge qui évoluait depuis 3 jours. La perte de connaissance fait suite à des prodromes, type céphalées et nausées ; il n'est pas retrouvé de mouvements cloniques ou de crise tonique, la récupération a été rapide, en quelques minutes, sans perte d'urine ou morsure de langue.
Au final, un malaise vagal est évoqué, d'autant qu'existent des facteurs de stress (hospitalisation d'un grand-père et demande d'école très prisée). La ponction lombaire n'est pas faite et le patient peut sortir le lendemain, après une surveillance d'une nuit, sans problème particulier.

**Événement indésirable :** hospitalisation non justifiée

**Facteurs favorisants :**
- interrogatoire non repris complètement aux urgences
- manque de temps aux urgences

**Actions d'améliorations :**
- prendre le temps, même si on en a peu
- importance d'un bon interrogatoire


(CC BY-NC-ND 2.0)

# Annexe 5 : Entretiens

## 1er groupe - Entretien n°1 du 18/02/2014

Intervieweur, interviewé et *tiers non participant (âgée de 9 mois).*

- Bonjour et merci de m'accueillir pour cet entretien. Comme je l'avais expliqué lors des précédentes étapes, toute la démarche est organisée donc pour le travail de ma thèse, qui s'intéresse à la question de la qualité et de la sécurité des soins. Et donc l'objectif était de tester la revue de morbidité et de mortalité en tant qu'outil d'amélioration de la pratique et pour permettre de revenir donc sur des situations qui pouvaient être vécues de manière difficile, quoi.
- Hmmm
- Avant de débuter, je voulais te rappeler que tout sera enregistré. Je retranscrirai évidemment tout l'entretien et tout sera anonymisé pour la suite du travail. Voilà. Avant d'attaquer vraiment, je vais juste prendre quelques petites infos sur ton parcours : savoir déjà donc ton âge.
- Alors, je suis né en 86, donc ça fait 27.
- A quel semestre étais-tu, lors de la RMM qu'on a faite, au mois de septembre ?
- Euh... J'étais au semestre 4.
- OK. Et quels stages est-ce que tu avais validés ?
- Euh, j'ai validé un stage de médecine, j'étais en hépato-gastro à Y. J'ai validé les urgences à X. J'ai validé donc la pédiatrie, là et j'ai refait aussi un autre stage de médecine, médecine interne à X.
- OK.
- Donc là, je suis chez le prat'.
- OK, donc tu l'avais pas encore fait le prat', au moment de...
- Non, je l'avais pas fait.
- Avant de savoir un petit peu, sur mon travail de thèse, je voulais savoir si t'avais déjà entendu parler de la revue de morbi-mortalité ?
- Alors, avant de t'avoir euh.. ?
- Avant les premières infos que j'ai pu donner par rapport à mon travail.
- OK, euh, oui, oui, j'avais déjà vu le... Enfin, je l'avais déjà vu, notamment donc aux urgences de X, parce qu'ils en font régulièrement des revues de morbi-mortalité, bah sur des cas des urgences qui se sont mal passés ou bien, voilà, où on repose des questions.
- Hmm
- Y avait ça. La deuxième chose donc, aussi en médecine interne à X (*HmmmHmmmHmmm*). Chut ! En médecine interne à X, où effectivement euh, là aussi, on avait de façon, on va dire une fois tous les 2 mois (*chute d'objet bruyante*), euh... On avait aussi une RMM. Donc j'avais conscience de ça et je sais plus si euh... je pense que j'avais fait le séminaire « Erreur médicale » aussi, quand je t'avais vu.
- D'accord.
- Donc j'avais... Ou j'ai dû le faire tout de suite après, attends, je me souviens plus. J'ai dû le faire en mai. Et toi, je t'ai vu quand ?
- C'était en septembre, la RMM. (Note : petit oubli de l'intervieweur, la séance d'information préparatoire ayant eu lieu en juin, ce qui est tout de même après le séminaire cité).
- Ouais, donc je l'avais fait. Je l'avais fait.
- Donc tu l'avais fait, d'accord.
- En fait même, je crois me souvenir que, quand j'ai fait le séminaire euh « Erreur médicale », j'avais déjà un peu réfléchi au cas que j'avais présenté, donc en septembre.
- D'accord.
- Ça m'avait déjà posé problème.
- OK, c'était déjà le même cas.
- Ouais, c'était ben... je l'avais pas exposé parce qu'on devait pas spécialement exposer de cas, mais...
- Hmmm, OK.
- Pour moi, c'était effectivement...
- Et euh, aux urgences ou en médecine interne, est-ce que t'avais toi-même exposé des cas, du coup, ou euh.. ?
- Euh... J'avais... J'ai eu des soucis avec certains... enfin avec certains patients et donc effectivement, ça permettait de revoir (*Houuu!*) où étaient les problèmes, où est-ce qu'on pouvait mettre des barrières...
- Et t'avais... enfin, t'avais présenté un cas justement (*Aheuheu!*) ?
- Euh, c'est pas moi qui les ai présentés. C'est tout le temps le chef de service ou bien un des médecins qui présentaient, mais après effectivement, on intervenait pour dire : « Ben là, il faudrait peut-être améliorer, mettre une barrière ici ou faire attention à ça, etc. etc. ».
- Ouais, vous aviez participé quand même, quoi.
- Oui, on participait, ouais.
- OK. Euh... Alors maintenant, on va passer un peu sur l'organisation et le déroulement de, de, de... du travail que j'ai proposé.
- Ouais.
- Comment est-ce que t'avais trouvé les explications orales que j'avais données, donc lors de la présentation du projet, la toute première séance ?
- Euh... (soupir). Faut dire, attends, que je m'en souviens plus vraiment. Qu'est-ce qu'on avait dit.. ? Euh... Non, je pense qu'elles reprenaient un peu... parce que j'avais exposé, moi aussi, où je trouvais les éventuelles barrières... Je pense qu'on était pas, peut-être, suffisamment rentrés dans le sujet et puis y avait beaucoup d'autres cas, donc je sais pas si... Non, j'étais pas... je me souv... J'avoue que je me souviens plus trop ce que tu m'avais dit à ce moment-là mais, euh... Y avait forcément à faire sur le sujet dont on a parlé.
- D'accord, euh...
- C'était pas très clair... (rires). Non, en gros, je me souviens plus trop de ce que tu m'as dit mais euh... mais euh, et moi, j'avais déjà réfléchi au sujet, j'avais déjà présenté des... proposé des barrières et donc voilà. Je pense qu'elles étaient sûrement pas exhaustives, mais y avait déjà de l'idée, derrière tout ça. Oui, je pense aussi que j'ai peut-être eu du mal (*chute d'objet*) à vous retranscrire (*objet qui rebondit*) fidèlement le... (*objet qui roule*) le... le cas. Peut-être que c'est... parce que c'est biaisé, forcément, vous l'avez pas vécu, c'est ma vision des choses. Je pense que si tu avais demandé le même cas à mon senior, par exemple, ce jour-là, il t'aurait présenté les choses différemment.
- Sans doute, ouais.
- Et euh donc voilà. Y a aussi, sûrement, un biais de, ben... de, de la personne qui va raconter ça. Donc, toi, tu as les.. ce que j'ai raconté, mais il faudrait peut-être interroger les autres, pour savoir comment, eux, ont vécu la situation et peut-être qu'il y a des barrières que, moi, je ne vois pas, mais que, eux diraient : « Bah oui, mais si on avait fait ça, du coup, on aurait peut-être pas le... ».
- OK. Alors, c'est vrai que du coup, t'as sauté directement sur la présentation de ton cas... et comment euh... Est-ce que tu veux m'en dire un peu plus sur ton ressenti, à ce moment-là. Comment t'avais, euh, perçu le moment où t'as présenté ton cas devant tout le monde ?
- Euh... le moment où j'ai présenté mon cas devant tout le monde ?


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

— Ouais.

— Ben... non. Enfin, je me sentais... Non, ça allait, enfin y avait pas de... Ça me dérange pas du tout de... d'évoquer de(*d'oh !*), d'évoquer des soucis qui peuvent se passer à l'hôpital (*éternuement*) ou même à l'extérieur (*éternuement*) et d'essayer de.. (*grognement*) de trouver les... (*grognement*) ce qu'on peut faire pour améliorer la prise en charge des gens (*babobeuh...*). Euh... D'autant plus que... enfin, si tu veux, je... je me sentais pas totalement responsable dans cette histoire, donc du coup, je pense que c'était plus simple (*laleuleuh...*). Effectivement, si j'avais... si j'étais... si j'avais eu plus de responsabilité et que (*aheugu...*) c'était moi qui... (*euheuheuh...*) qui avait un peu failli... enfin, je veux pas dire (*yihihihi*), peut-être fait une erreur, tu vois... Euh, à ce moment-là, effectivement, euh... je pense que j'aurais peut-être eu plus de mal à le présenter. Et d'ailleurs, ce jour-là, y en a qui ont présenté ces cas, qui étaient euh... qui leur étaient rapportés. Je pense notamment à un, je sais pas si tu te souviens, mais je crois que y en a un qui avait présenté un cas qui lui avait été rapporté. Ça le concernait pas du tout, donc là, je trouve que la RMM, c'est un peu, si tu veux, c'est un peu... Il faut être quand même un peu baigné dedans pour pouvoir...

— Ouais. Ouais, ouais, c'est plutôt le but.

— Ouais, voilà. Exactement. C'était dommage, parce que là, il dit : « oui, c'était... ». Enfin, voilà, c'est dommage.

— D'accord. Euh... Comment t'avais ressenti également, plus que le moment de la présentation, mais après, le moment justement de l'analyse, où on avait parlé de ton cas. Comment ça s'était passé pour toi ?

— Ben... non, de la même faç... non. Ça s'est bien passé, ouais. J'avais pas de souci particulier. (silence)

— OK. Est-ce qu'éventuellement... enfin, voilà... Comment t'avais trouvé les participations des autres euh... des autres internes ? Est-ce que.. ?

— Moi, je trouve que c'est très intéressant de faire des euh... des RMM. Euh, donc voilà. Les autres internes, j'en ai déjà un peu parlé... A part, si je me souviens bien, un, effectivement, je m'étais dit, lui, il avait rapporté quelque chose qui lui avait été dit...

— Alors, pas encore euh... Pas ce que, eux avaient présenté, mais plutôt, comment t'as perçu ce qu'ils ont apporté sur ton cas ?

— Euh... eh ben, écoute euh... Non, c'était... Y avait des choses intéressantes, enfin c'était pas... Y avait des choses intéressantes. Je le vois pas... je ne le vis pas comme un échec personnel où, tu vois, on me dit : « Faut pas être... Pourquoi t'as fait comme ci, comme ça ? ». Euh... Donc non, c'est toujours enrichissant, je pense... d'écouter ce qu'ils (voix trop faible)...

— OK. Du coup, je vais revenir un petit peu en arrière sur mon euh... protocole.

— Ouais.

— Comment t'avais trouvé aussi les explications écrites que j'avais données, que ce soit dans le mail de rappel et la, la fiche de procédure que (*pfffffrrrrtttt*) je vous avais laissée ? (*pfffrrrttt*)

— Avant, donc ?

— Avant, justement, la RMM elle-même. (*pfffffffffrrrrrrrr*)

— Où t'expliquais ce que tu attendais de... enfin (*pffrrpfffffrr*) de notre travail, (*pfffrrrrrrr*) de notre préparation, ouais ?

— Voilà. (sourires)

— Ben non, c'était clair euh... (*pfffrrrrrr*). Y avait pas de... (pfffrrrr) Voilà, on voyait ce qu'il fallait, à peu près euh, présenter. Sincèrement, si j'avais euh... la seule chose que... je m'étais posé la question... Moi, j'ai vraiment un cas de RMM que je me pose depuis le début de l'internat, un autre patient qui m'a vraiment posé problème. Et là, pour le coup, j'étais vraiment le premier. J'aurais bien aimé pouvoir le présenter mais, en fait, c'était trop euh... Tu mettais dans le protocole, ça devait être les, les... si possible dans le stage actuel ou dans les six derniers mois, donc ça sortait du... (*pfffffrrrrr*)

— D'accord.

— C'est pour ça que je l'ai pas présenté, mais sinon je l'aurais présenté celui-là. (*pfffrrrrttt*)

— T'aurais aimé euh...

— J'aurais aimé prendre plus, voilà... Vraiment raconter quelque chose où, là, je me sens vraiment euh... Je dis pas que dans celui que j'ai présenté, j'ai pas une part de responsabilité, mais, pas du tout... Mais, là où j'étais vraiment en première ligne.

— D'accord, donc...

— Mais sinon, le reste de ton euh... (*soupir*) le reste de ton explication était clair. Non, y avait pas de...

— OK. Donc, globalement, t'avais, à peu près, une bonne idée, justement, de ce qui était attendu pour le...

— De ce que tu attendais. Je sais pas si j'ai rempli les.. tout ça, mais...

— Si, si. De mémoire, ton cas était plutôt euh... (rires) enfin, c'était plutôt bien fait, quoi. Pas de souci. Euh... Alors, justement, tu me disais que t'aurais bien aimé euh... présenté éventuellement autre chose... Comment s'est passé, pour toi, le cas que t'as effectivement (*mamama...*) présenté ?

— Euh... Alors, en fait, ce qui s'est passé, c'est que, après avoir eu euh... ce désagrément, j'ai été convoqué chez euh... le chef de service. Donc euh, en gros, j'ai été convoqué chez le chef de service parce que le médecin senior qui m'a, qui m'a fait euh... enfin qui était là, ce jour-là, et qui est parti en fin de matinée, comme je l'expliquais (*cri aigu*), en me disant : « Écoute, si l'enfant va pas bien, tu euh... tu le mutes euh... tu l'envoies au SAMU », alors que déjà, en fin de matinée, pour moi, il était déjà (*cri très aigu*) à muter euh, donc euh... elle est venue en début de semaine, en disant « Écoute, ça va pas du tout, (*mmbaba*) j'ai eu le médecin du euh, du SAMU. Ça s'est mal passé avec l'équipe euh... Tu leur as mal parlé (*babaeuhh...*) etc, etc.... Et donc, du coup, viens avec moi ». Et donc, on a été dans le bureau du chef de service et donc, elle était euh, très énervée, très remontée euh... contre moi, donc elle a commencé à...

— La médecin qui...

— La médecin qui m'avait laissé, le matin, en partant et elle était très remontée contre moi, parce que le SAMU avait fait un retour négatif de notre prise en charge, petit un, et, petit deux, de notre accueil, on va dire. Voilà. Et donc, voilà. Du coup, si tu veux, j'ai passé dix minutes euh... je me suis fait passer un savon, en gros, sur la situation et voilà.

— D'accord. Par euh... à la fois...

— Pour moi, c'était... Donc, je me suis... ça m'a posé pas mal de soucis, les heures suivants et les jours suivants... J'ai beaucoup réfléchi au sujet et donc je me suis dit que c'était... (*chantonne*) que c'était un bon cas de RMM. (rires)

— Euh... OK, ouais, effectivement. (rires)

— Rien que pour ça, ouais, j'avais envie de le présenter. Après euh, j'aurais eu plein d'autres cas à présenter. Mais, c'est des choses euh... enfin, ça impliquait peut-être moins de conséquences les autres, si tu veux. Alors, y a eu des problèmes de posologies de médicaments, y a eu des médicaments qui ont été donnés au(x?) mauvais enfant(s?), y a eu tout ça. Euh... tout ça, on a en discuté en équipe, on a essayé de voir où étaient les soucis, de mettre les barrières, mais ça, je... Voilà, j'ai pas choisi ces cas-là. Mais, y en a presque toutes les semaines des cas de RMM possibles. Donc là, j'ai choisi celui-là parce qu'il m'a vraiment affecté personnellement, enfin de façon...

— D'accord, ouais. Euh... Donc, à part les deux médecins avec qui, justement, t'en avais parlé de manière un peu dure, apparemment, dans le bureau, est-ce que t'en avais parlé à d'autres personnes de ce cas ?

— Oui, oui. Alors après, si... Après, ça a fait le tour du service, parce que du coup, euh... les auxiliaires puéricultrices qui étaient là, les infirmières qui étaient là ont été convoquées, euh... en ont discuté avec le chef de service et donc le médecin


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

dont je te parlais euh... pour essayer de voir comment on pouvait améliorer l'accueil du SAMU et la prise en charge, etc. et voilà. Donc, en fait, ça a été une affaire de service. Tout le monde l'a su.

— OK.

— La cadre, etc. Donc... (*aheu!*)

— En-dehors du service même, t'en as parlé, t'en avais parlé à d'autres personnes, justement, ou pas ?

— J'en ai parlé, donc, à mon épouse, qui est aussi interne en médecine. Euh... J'en ai sûrement parlé, j'en ai parlé avec des amis médecins, qui sont pas spécialement sur Lyon, mais par téléphone, avec qui j'ai des contacts régulièrement. Et puis euh... et puis, voilà.

— OK. C'est un cas que tu avais déjà pas mal débriefé.

— Ah, oui, oui, oui ! Je l'ai bien débriefé, ouais.

— OK ! Euh... Alors, bon, tu m'as déjà parlé un petit peu, justement, de comment tu avais ressenti la présentation et l'analyse de ton cas.

— Hmmm.

— Euh... Comment euh ? Enfin, qu'est-ce que t'as pensé, justement, des cas qui ont été présenté par les autres internes ?

— Euh... (petit silence). J'aurais dû préparer le... Enfin, j'aurais dû relire le...

— C'était pas le but (petit rire).

— Ouais, je sais, c'est pas le but. Bah, si c'est pas le but, sincèrement, je... si tu veux, c'est juste un ressenti que j'ai, je me souviens plus des cas précisément.

— Hmmm.

— Euh... Mais j'ai un... Je me souviens que c'était très intéressant et je suis assez d'accord avec euh... Mr X (tuteur du groupe), à la fin, qui disait que voilà, il aimerait bien instaurer la RMM, tous les ans, parce que je pense que c'est très enrichissant et je suis ressorti avec euh (*boeuh*), en me disant qu'effectivement c'est comme ça qu'on doit bosser, quoi. C'est euh. Quand on a un problème, on en discute entre nous. Enfin même, l'intérêt bien sûr, l'intérêt c'est de le faire en équipe euh... (*huu!*) Là, on le fait, on le fait entre internes mais...

— Hmmm.

— L'intérêt, ce serait... Faudrait que ce soit vraiment ancré dans le lieu auquel ça s'est passé et (*euh*)... Je sais pas si ça se fait, par exemple, en médecine générale. Essayer de voir avec les infirmières du réseau, etc., etc... Enfin... Donc oui, c'est, de toute façon, c'est très enrichissant et j'ai trouvé ça très intéressant, hormis donc l'interne (*houuuhey!*) qui a parlé d'un cas qui ne le concernait pas. (*hiiiiiii!*). Voilà.

— OK. (rires) Euh... Comment s'était passé, pour toi, l'analyse des cas des autres internes ? Je sais pas si tu t'en souviens bien, du coup, non plus ?...

— Bah, euh... Non, mais. Ouais, chacun apportait un peu sa... sa contribution (*hinhinhin*), toi aussi, donc euh... (*houhinhin*) Oui, je suis désolé (rire)... J'espère qu'ils vont pas tous te répondre ça... Euh... Je suis sûr que si tu me disais des mots-clés des, des cas des autres, je pourrais te retrouver des choses, mais là...

— (rire)

— De quoi on a parlé ? (petit silence) Ouais, y a un type, donc le gars là, c'était un cas de gynéco euh... Un cas de gynéco, il avait des progestatifs et il a... il a eu des saignement, enfin une histoire dans ce style-là... Non, honnêtement, je me souviens plus. Franchement, je me souviens que c'était intéressant mais je me souviens plus exactement. Et je me suis pas dit, à la sortie : « bon, bah voilà... ». Enfin, si je me le suis sûrement dit - mais je m'en souviens plus maintenant : « Il faut euh... Il faut que tu euh... Il faut que tu fasses attention, dans cette situation, à pas faire comme untel ou untel, essayer de... (*pfffffffrrrrrr*) ». Mais sinon, je pourrais pas te dire... (rire).

— D'accord. Euh... Donc, éventuellement, est-ce que tu as retenu quelque chose, justement, des actions d'amélioration qui ont été proposées ? (rire)

— Voilà, j'en étais sûr que tu allais poser la question ! Euh... (soupir). Franchement... franchement, des autres cas, euh... Des autres cas, alors si ! Vraiment, le cas des progestatifs, si c'était ça et si je mélange pas, effectivement, je me... Je dirais qu'il faut faire attention avec les progestatifs (*éternuement*) chez la femme ménopausée... Euh... Et puis, sinon, pour mon cas, si ! Je me souviens de plein de choses, mais...

— D'accord, mais moins pour les autres

— Les autres cas, non...

— OK. (*hmmm hammeumeu*). Euh... Est-ce que tu as noté, justement, des changements dans ta pratique euh... entre avant et après la... la revue de morbi-mortalité ?

— (silence) Bah, du coup, non. Je vais te dire... Je te dirais non, pour les autres cas, en tout cas. Pour moi, j'avais déjà...

— Alors, justement, pour toi euh... enfin, dans ta façon de pratiquer la médecine, est-ce que y a eu, éventuellement, des changements entre euh...

— Ah ! Mais tu parles de la revue de morbi-mortalité qu'on a faite, nous ?

— Tout à fait, ouais. Ouais.

— Euh... Non... Non pour les autres cas. Pour moi, on en a discuté donc, effectivement, j'avais... Pour ce que j'ai présenté et ce que vous m'avez dit, j'essaye... effectivement, je pense que ça a changé des choses. Mais pour les autres, comme je me souviens plus des cas, je peux pas te dire oui. Ce serait pas... ce serait pas honnête. Donc je te dis non. Et je pense... Je voudrais apporter juste un élément supplémentaire : c'est que je pense que les cas des autres euh... quand on est pas concerné par la situation, ne serait-ce que parce que euh... on est pas dans les mêmes stages, on est dans des lieux différents, on a peut-être plus de mal à se euh... à s'imprégner de ce qu'ils nous racontent (*beuh*) et donc, du coup, de s'en souvenir dans la longueur, tu vois. C'est peut-être pour ça que je te dirais non. Je suis pas sorti en me disant euh... (*hmmm*)

— D'accord

— Par contre, après, dans un service, une RMM, un cas qui s'est mal passé euh... on se dit, une amélioration à faire. Là, je pense qu'on sort et on se dit : « Là, voilà, il faut faire ça. » et là, c'est plus clair.

— OK. Euh... Y avait peut-être, du coup, un peu trop de cas, pour retenir euh... ?

— Je pense qu'il y avait trop de cas pour retenir, y avait euh... C'était... Puis, en plus, on avait pas énormément de temps, non plus, pour les présenter.

— Hmmm.

— Euh... Justement, l'intérêt des RMM, c'est... Enfin, moi, je me souviens, on en a fait quelques unes et... enfin, on présentait pas beaucoup de cas, hein. Y en avait peut-être deux ou trois, mais y avait aussi beaucoup d'échanges entre les... les gens qui étaient sur place, en se disant : « Bah, si on fait comme-ci, si on faisait comme-ça ? Est-ce que ce serait possible, dans le service ? ». Alors, on posait la question à la cadre de santé : (*pfffffffrrrrttttt*) « Est-ce que, si on fait cette action d'amélioration, l'équipe sera OK ? ». Enfin, voilà. Donc, y a beaucoup de choses qui rentrent en jeu. Là, c'est euh... On est un peu plus détachés, du coup. Parce que, on va dire : « Il faudrait faire ça », mais c'est du « faudrait », c'est... Concrètement, on est pas dans le service, on est pas dans la maison de santé, on est pas...

— D'accord.

— Voilà, donc pour ça, c'est plus flou. Mais ensuite, je pense que dans une RMM, effectivement, l'objectif c'est bien ça.

— Oui. Bah, oui.

— Voilà, je sais bien. Mais là, je pense que c'est peut-être dans la façon de (*pfft*) de le faire, nous... Intellectuellement, c'est très


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

intéressant...

- Mouais.
- Mais, je suis... Je... Enfin, je suis pas certain - enfin tu verras avec les autres – mais je suis pas certain que des gens ont gardé un euh... Enfin que des gens en aient gardé des actions d'amélioration, si c'est pas leur cas.
- OK.
- Tu me rediras
- (rire) Je te donnerai le résultat final.
- Ouais !
- Euh... Alors, d'un point de vue personnel, est-ce qu'il y a, éventuellement, des... est-ce que la RMM a permis des changements dans ton ressenti de l'événement ou euh... ou d'une manière générale, dans ton ressenti d'événements indésirables ?
- Hmmm. D'une manière générale, dans mon ressenti d'événement indésirable ? Euh, moi, je euh... En fait, je pense que, pour tout te dire, je pense que j'ai eu un manque de professionnalisme, dans la façon de prendre en charge euh... enfin pas dans la façon de prendre en charge, mais dans la façon d'accueillir le SAMU.
- Hmmm.
- Donc et ça, j'avais déjà pas mal réfléchi avant la RMM (*grognement*) et euh... je pense que ça, même si on l'a pas évoqué clairement, ça, ça m'a fait beaucoup réfléchir. C'est-à-dire, ne pas... Quand tu as, dans l'équipe, une aide-soignante, une infirmière qui commence à dire : « Mais j'en ai marre de ces SAMU, qui arrivent comme des cow-boys, qui se grouillent, etc. », si toi, en tant qu'interne, tu rentres dans ce jeu-là, en fait, tu manques de professionnalisme, vis-à-vis de l'équipe du SAMU.
- Hmmm.
- Donc, en fait, là je pense que j'ai fait vraiment une... j'ai fait vraiment un manque de professionnalisme. D'ailleurs, je l'ai reconnu assez... (*Hiiiiii HAAAA!!!*) assez rapidement et euh... Donc, maintenant, j'essaye vraiment de ne pas dénigrer euh... le professionnel de santé que j'ai au bout du fil ou voilà. A chaque fois, j'essaye de considérer ce qu'il dit et je rentre pas dans le jeu... dans les « on dit » des équipes, etc. J'essaye d'être neutre, en disant : « Je comprends ce que tu me dis mais... », voilà... On peut pas ne pas voir de SMURiste, d'urgentiste qui vienne comme ça...
- D'accord.
- Donc, ça c'est sûr. Après, dans les autres façons d'améliorer les... la prise en charge, enfin de façon... au niveau personnel, c'est euh... (*hahaheuuu*) Ça s'inscrit dans une... (*hapapa*) dans une amélioration globale, en fait... (*hapapapa*) Du service et de la façon de fonctionner, plus que personnelle.
- D'accord. Tu vois plus l'intérêt professionnel que... que personnel, entre guillemets, de la RMM.
- Ah, non. Euh... Je vois l'intérêt... Non, c'est pas ce que je veux dire. (*Haaaa!*) Ce que je veux dire, en fait... (*hayeuyeu!*). Chuuut, laisse moi réfléchir... Merci (chuchoté). Ce que je veux dire, c'est que euh... La RMM, elle avait... elle a vraiment un intérêt – et je pense qu'on l'a fait dans le service - de discuter : « Qu'est-ce qu'on aurait pu faire pour éviter ce cas-là ? ». Mais c'est une réponse de service, c'est-à-dire euh... Bah peut-être que l'infirmière, elle nous a pas prévenu plus tôt, nous, en tant que médecin ; peut-être que le médecin s'est pas inquiété assez vite ; peut-être qu'on aurait dû faire la pCO2 enregistrée, transcutanée un peu plus tôt ; peut-être qu'on aurait dû... Voilà. Et, en fait, ce qui en est ressorti c'est : dorénavant, l'infirmière – on lui en a reparlé – il faut qu'elle nous appelle. Euh... le médecin, quand il a ce cas, d'un enfant qui commence à être en détresse respiratoire, on lui met la tcpCO2, de façon systématique. Voilà, donc ça, c'est des choses qui sont ressorties, des barrières qu'on a rajouté,es pour empêcher que le cas se reproduise.
- Hmmm. Oui, mais dans le service, OK.
- Dans le service. Et moi, en tant que... au niveau personnel, je me suis dit : « Plus jamais ! ». Enfin, j'essaye de ne pas manquer de professionnalisme et j'essaye d'être le plus euh... le plus euh, voilà... le plus correct vis-à-vis de toutes les équipes qui peuvent... qui peuvent avoir affaire à moi, quoi, en tant qu'interne.
- OK. Mais, du coup, tout ça, c'est sorti, justement, euh... avant la RMM qu'on a faite nous ou ...?
- C'est sorti avant la RMM qu'on a fait, nous, mais ça a confirmé ce que euh... j'avais déjà réfléchi, voilà. Donc, ça permet de... ça m'a permis de réfléchir un peu plus sur le cas, si tu veux. Le fait de présenter... vous le présenter en RMM. Ça m'a permis de réfléchir un peu plus, de ressortir des barrières supplémentaires et euh... le fait d'en avoir discuté tous ensemble, je me suis rendu compte que (*hmmm mamama!*) c'était bien. C'était ce qu'il fallait faire et voilà... Je pense que vous avez pas amené beaucoup plus d'éléments...
- Hmmm.
- Mais, ça m'a ancré un peu plus les choses à faire.
- D'accord.
- En ce sens-là. (*aheuuu*)
- Euh... Du coup, qu'est-ce que tu penses, justement, de la méthodologie de la revue de morbi-mortalité, pour parler d'événements indésirables ?
- Eh ben... Que des bonnes choses (rire). Non, j'en pense du bien. Je viens de t'en dire déjà pas mal. Donc, l'intérêt, c'est de euh... discuter des cas qui ont posé problème, d'essayer de remonter un peu dans le temps, pour essayer de se rendre compte ce qui a... qui... où le patient est passé à travers les trous du gruyère... hops, les uns après les autres ! Donc, ça peut être, au départ, le médecin traitant qui s'est peut-être pas suffisamment inquiété, le patient déjà - on commence par le patient – qui s'est pas inquiété assez tôt. Ensuite, peut-être le médecin traitant a minimisé les choses...
- Hmmm.
- Et revoir jusqu'où... comment euh... Quelle a été la barrière qui a permis de récupérer le... le patient. Qu'est-ce qui a fait que on l'a sauvé, ou pas d'ailleurs ? Et si c'est pas le cas, qu'est-ce qu'on aurait pu faire, pour que ce patient, eh ben il arrive pas dans cet état-là ? Donc la méthodologie, c'est euh... essayer de quantifier, minute par minute, enfin heure par heure, ce qui s'est passé et euh... de voir un peu... de voir un peu qu'est-ce qu'on peut faire pour améliorer et euh... enfin, déjà, ce qui n'a pas fonctionné et qu'est-ce qu'on peut présenter comme réponse pour améliorer tout ça. Pour éviter, de nouveau, ce genre de problèmes.
- OK. Et euh... du coup, qu'est-ce que... est-ce que ça te paraît adapté, est-ce que c'est quelque chose qui te paraît euh... utile, pour parler d'événements indésirables ou euh...?
- Mais c'est euh... Je pense que c'est... ouais, c'est totalement adapté. C'est totalement adapté pour parler d'événements indésirables... Il faut absolument, pour éviter les événements indésirables, faire régulièrement des... des RMM, ouais.
- OK. Euh... Selon toi, donc une RMM, justement dans ce cadre-là, entre internes, est-ce que ça peut apporter quelque chose, par rapport à d'autres enseignements, d'autres ateliers qui existent déjà dans le DES ?
- Euh... (silence). Alors oui, ça peut apporter quelque chose. Euh, mais je te dis la limite... la limite, c'est que... même que les cas qui sont présentés sont... te sont moins familiers... Parce que le problème, en fait, c'est ça. Le problème, c'est que euh... si c'est discuter, entre internes, de... attends, comment je vais pouvoir dire ça... En gros, moi je vois les groupes d'échanges... on le fait régulièrement, tu sais les groupes d'échange de pratique, on dit : « Bah moi, j'ai pris en charge comme ça le patient, toi t'as fait comme ça. Ah bah, ouais, finalement, t'as peut-être pas tort. Il fallait que je fasse comme ça, etc. ». Donc voilà, on le fait déjà régulièrement. Mais vraiment, dans la RMM, en fait, ce


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

qui... Y a pas qu'une seule barrière qui a sauté, si tu veux, c'est pas juste l'interne qui euh... qui s'est planté, c'est peut-être aussi un problème dans le service, etc. Donc, dans ce sens-là, on peut s'imprégner de ce qu'ont fait les autres et de se dire : « Ah bah ouais, mais moi, je pourrais peut-être ramener ça dans mon service ou je pourrais peut-être changer ça, dans ma pratique. » Mais euh... En ça, ce serait intéressant. Si on ne le fait pas déjà, dans ses services. Parce que, si tu veux, moi je le fais euh... enfin, maintenant, je le fais moins, parce que, chez le prat', on le fait pas, malheureusement...

— Ouais.

— Euh... mais, quand je le faisais, à X, aux urgences, quand on le faisait, à X, dans le service de médecine interne euh... bon bah, là je l'ai fait aussi, du coup, en pédiatrie, si tu veux, ça fait un peu redite. Mais, pour ceux qui en font jamais, pourquoi pas. Et puis, même pour ceux qui en font, ça dérange pas d'en refaire. Mais, je trouve que, quand tu te sens moins impliqué dans le sujet, t'as un peu plus de mal à te dire : « Ouais, il faut que j'améliore ça ! ». D'ailleurs, tu vois, j'ai même pas pu te ressortir des trucs euh... ça fait longtemps, ça fait six mois, mais...

— A peu près, ouais.

— Ouais donc, tu vois, je suis incapable de te ressortir un truc. (rires)

— OK et, du coup, est-ce qu'éventuellement tu serais d'accord pour recommencer euh... ce type de, de groupes d'échange de pratique?

— Oui, oui, oui. Oui, sans problème, ouais.

— OK. On arrive vers la fin, du coup. Est-ce qu'éventuellement t'aurais d'autres remarques à faire ? Que ce soit sur la RMM, elle-même, sur le déroulement du projet... ?

— Euh... Je pense que ouais, si on fait une RMM, il faudrait peut-être prendre... faire moins de cas, ça je l'ai déjà dit. Euh...

— Moins de cas pour ?

— Moins de cas, pour pouvoir plus débriefer et, si tu veux, peut-être qu'on détaille plus... qu'on se dise, on fait 2-3 cas et vous les détaillez vraiment à fond et on essaye de faire la chronologie des choses et on pose la question à celui qui l'a vécu, bien sûr, pour qu'il nous aide et on essaye de voir, tous ensembles, quels sont les... qu'est-ce qu'on aurait pu faire ? Qu'est-ce qu'on pourrait faire ? Je pense qu'on l'a pas suffisamment fait, lors de notre réunion. Enfin, c'est mon souvenir, hein. Je suis pas capable de te redire exactement, mais j'avais l'impression qu'on... voilà, il fallait aller assez vite sur la présentation des cas. Hops, après, effectivement, on débattait un petit peu mais, justement, je pense que le temps du euh... du débat, le temps de l'exposé des faits euh... voilà, il faut beaucoup de temps pour faire tout ça et... Et donc euh, voilà. Il faudrait peut-être se dire moins de cas, pour le même nombre de temps, quoi.

— OK. OK. Eh bah, écoute là, je pense que c'est bon. La dernière question, ce sera pas la peine, du coup. Euh... Eh bah, merci beaucoup.

— Je t'en prie (rires).

## 1er groupe - Entretien n°2 du 20/02/2014

— Bonjour et merci de m'accueillir et d'avoir accepté qu'on se revoit pour cet entretien. Comme je l'avais expliqué lors des précédentes étapes, toute la démarche est organisée pour le travail de ma thèse, qui s'intéresse donc à une question de qualité et de sécurité des soins chez les internes de médecine générale, en particulier. L'objectif était de tester la revue de morbidité et de mortalité, en tant qu'outil de euh... de... d'amélioration de la pratique et puis pour permettre, éventuellement, aussi sur des situations de soins qui ont pu être vécues de manière un peu désagréable, quoi.

— Hmmm.

— Alors, avant de débuter, je veux t'informer que l'entretien sera intégralement enregistré. Je retranscrirai également tout à l'écrit. Malgré ça, donc toutes les données resteront anonymes ; dès que ce sera possible, dans le... dans le déroulement.

— OK.

— Pour débuter, je vais d'abord te poser quelques petites questions sur ton parcours, en fait. Simplement, pour récupérer quelques petites infos sur les internes que j'ai... que j'ai enrôlé.

— Hmmm.

— Alors, déjà, ton âge ?

— 25 ans.

— OK. A quel semestre est-ce que tu étais, lorsqu'on a fait la... la RMM ?

— Deuxième.

— Deuxième semestre, OK. Quels stages est-ce que tu avais validés, à ce moment-là ?

— J'avais validé les urgences et, du coup, j'étais en train de faire la gynéco-pédia.

— OK. C'était un stage combiné que tu avais ?

— Non, uniquement gynéco.

— OK. Et donc, tu n'étais pas passé par le prat', hein ?

— Non.

— OK. Aller, là on va attaquer. Donc, avant d'en faire une là, dans le cadre de mon travail de thèse, est-ce que tu avais déjà entendu parler ou assisté à une RMM ?

— Euh... non.

— Du tout ?

— Euh ben... Je savais que ça existait, quoi... (rire).

— D'accord. T'en avais entendu parler comment ?

— Euh... Il me semble que j'en avais entendu parler... en stage de pédiatrie, à l'HFME, et en stage de gynéco, à la Croix-Rousse, de mémoire.

— En tant qu'externe, du coup ?

— En tant qu'externe, ouais.

— OK. Mais t'en avais... t'avais jamais assisté à ce type de réunions...

— Non.

— OK. Euh... Alors, maintenant, sur l'organisation et un peu le déroulement de... bah justement... de mon travail. Comment est-ce que tu as trouvé les explications orales que j'ai données, lors de la présentation du sujet ? La première séance...

— Donc, avant la RMM ?

— Euh... avant la RMM, ouais. A la fin du GEP là, quand j'étais venu vous voir, pour vous présenter le projet.

— Ça me semblait clair. Euh... Le projet a l'air intéressant, donc euh...et puis, ça fait toujours du bien de re... de revoir des choses, des cas qui ont pu nous poser problème, donc...

— OK.

— Ça me posait pas de souci de faire ça et de travailler avec...

— OK. En ce qui concerne les explications écrites : la fiche de procédure que j'avais laissée, le... les petits rappels que j'avais pu faire, dans le mail...

— Bah, écoute, c'était tout à fait compréhensible, donc facile à appliquer. Enfin, à mon goût. Euh... après, fallait trouver un cas euh... assez... on va dire assez intéressant, aussi. Mais euh...

— OK.

— Ça posait pas de problème dans l'absolu.

— Alors justement, comment s'est déroulé, justement, le choix de ton cas ?


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

— Bah, en gros, j'en avais deux que... qui s'était produits dans le semestre en cours et euh... Bon, j'en ai pris un des deux, celui qui me semblait le plus intéressant, parce que y avait eu un enchaînement euh... de... d'effets indésirables qui faisait que ça aurait pu mal se terminer et... du coup, que je trouvais, du coup, intéressant. Parce qu'il y avait plusieurs choses qui se combinaient aussi...

— OK. Euh... Et du coup, les explications qui étaient données, dans le... dans la fiche de procédure, notamment, t'avaient aidé à bien cibler le cas ?

— Oui. Je pense, oui.

— Euh... Ce cas, est-ce que t'en avais déjà discuté, auparavant... en-dehors, justement, de la RMM ?

— Oui, avec l'équipe euh... de gynéco, du coup, puisque, comme je disais, y avait pas mal de... de petites... de petites... plein de petites choses qui se sont accumulées, pour une patiente et qui ont faite que ça aurait pu être beaucoup plus dangereux que prévu. Euh... Et du coup, ben, on en avait déjà reparlé entre nous, pour... pour essayer d'expliquer un petit peu ce qu'il s'était passé et essayer de comprendre si, déjà, on avait fait des erreurs médicales, à proprement parler, et puis, comment éviter, surtout, que ça se reproduise aussi.

— D'accord.

— Donc, on en avait déjà parlé, avec l'équipe.

— Y avait déjà eu un peu de réflexion sur le déroulement du cas, quoi.

— En essayant de pas s'engueuler, les uns les autres (rire). Ce qui est aussi important.

— OK. Éventuellement, est-ce que tu en avais parlé, en-dehors du service, à d'autres personnes : proches, co-internes...

— Bah, mon co-interne, oui, parce qu'il était aussi concerné... Euh... après, à des personnes extérieures au service... Ouais, probablement à mon meilleur ami, mais qui est aussi interne, mais qui est pas dans la même spécialité.

— OK. Donc là, on va passer, du coup, au moment de la... de la revue de morbi-mortalité. Euh... de ton poids de vue, pardon, de ton point de vue, comment s'est passé la présentation de ton cas ?

— La présentation de mon cas ? Euh... Bien ! Euh... ça a un peu fait sourire notre... notre tuteur ! Parce que y avait eu beaucoup, beaucoup d'accumulation de... de choses qui se sont passées, dans le cas que j'ai présenté et, du coup, qui ont fait que... euh... ça a un peu remis en cause le... le bon fonctionnement apparent du service, que j'avais présenté, juste avant... et de... et de l'organisation aussi de la séniorisation des internes, qui... dont je faisais partie, quoi.

— Hmmm.

— Donc... donc... Mais sinon, la présentation en elle-même... c'était pas très compliqué d'expliquer ce qui c'était passé et l'enchaînement des événements qui ont conduit... on va dire à... à... à ce qu'on passe pas loin du... du risque vital, pour la patiente, quoi.

— D'accord. Euh... et, à ce moment-là, comment est-ce que t'as ressenti, éventuellement... bah, je sais pas, le regard des autres...

— Euh... le regard des autres ? (soupir) Bah écoute... j'ai pas eu l'impression que... d'un regard particulier, dans le sens où... bon voilà, on était là pour énoncer des effets indésirables et des éventuelles erreurs... Plutôt des... plutôt de la compréhension, plutôt qu'autre chose. Et puis, comme je l'avais énoncé dans le cas, c'est des choses qui auraient pu arriver à plein d'équipes différentes... C'est surtout l'enchaînement de... des différents effets, qui... des différents effets indésirables, et l'accumulation de ceux-ci, qui ont fait que le cas était intéressant aussi. Donc... voilà. Après, la présentation en elle-même...

— Pas de souci particulier ?

— Pas de souci, non.

— OK. Euh... Toujours de ton point de vue, comment s'est passé, maintenant en fait, la... la phase d'analyse de ton cas ?

— Ben, on était un peu tous d'accords pour dire que... l'enchaînement des événement était préjudiciable pour la patiente, que y avait eu des erreurs, à proprement parler, tant sur l'organisation que sur euh... du service... la présence des médecins, l'encadrement des internes, puisque y avait eu une erreur de diagnostic initiale... et donc une erreur de thérapeutique mise en place, qui était, du coup, dangereuse pour la patiente... puisque aggravant les symptômes et la pathologie de la patiente. Euh... (court silence) Moi, j'ai trouvé que l'analyse était bonne et, finalement, concordante avec ce dont on avait discuté auparavant, avec l'équipe, et puis avec ce que, moi, j'avais pensé en rédigeant le cas et en le présentant, quoi, finalement.

— OK.

— Donc... donc, voilà.

— Et, du coup, selon toi, quel a été l'apport des autres internes ?

— Bah, conforter aussi dans l'idée que... d'abord, que ils auraient pu passer aussi à côté du diagnostic. Donc, ça c'est quand même quelque chose d'important, parce que des fois, ça remonte un peu le moral, on va dire... le fait que les autres puissent faire les mêmes erreurs. Après euh... conforter dans l'idée aussi que les réflexions qu'on avait eues avec l'équipe, même pour des personnes extérieures au service, extérieures au cas, qui ont un raisonnement de médecine générale - parce que le service, bien entendu, ce sont des spécialistes qui sont... qui travaillent avec nous – qu'ils aient, finalement, les mêmes... les mêmes idées sur comment améliorer les choses, comment changer les... le... la pratique, pour que y ait pas de nouvelles erreurs, ça c'est important. Le fait aussi de dire que, parce que y avait eu l'intervention d'un remplaçant, dans cette histoire-là... souvent, la présence de remplaçants, ça désorganise aussi des machines, qui peuvent être bien... bien huilées, comme on peut le dire. Donc... l'importance de maintenir une écoute, un lien avec les remplaçants aussi... pour que le service tourne, on va dire. Donc, ça aussi, c'est important. Donc... voilà...

— OK.

— Que dire de plus ?...

— OK. Euh, on va passer maintenant, éventuellement, à ce que tu as pu penser du... euh, des cas des autres internes. Bah, déjà, qu'est-ce que tu as pensé des cas qu'ils ont présenté ?

— Euh... La plupart étaient très intéressants... Beaucoup de cas de... qui auraient pu venir au cabinet aussi. Puisque ça a un intérêt aussi, en cabinet de médecine générale, on aurait pu aussi en retrouver un ou deux... euh, très facilement et d'autres, par extension, également. Souvent, c'est les erreurs les plus... euh, les plus simples qui sont... enfin, qui peuvent... être les plus... les plus graves. Aussi parce que... quand on, enfin... quand... dans le sens où, quand tu... t'es un peu isolé, sûr de toi, sur une pathologie qui a, a priori pas du tout... ou quelque chose d'assez banal, par exemple, la fièvre d'un enfant – on en avait parlé également – bon bah, c'est un truc qu'on voit tous, qu'on verra tous, tous les jours après, dans notre pratique future. Bon bah, c'est une fièvre de plus, bah voilà, on s'en occupe pas... Bah, c'est justement ça qui est intéressant, c'est de s'apercevoir qu'il faut pas passer à côté des éléments les plus simples et... et c'est ça qui, je pense, est à retenir. C'est-à-dire que, bon, les grands diagnostics, y aura toujours quelqu'un pour rattraper derrière, dans le sens où, souvent, y a plusieurs intervenants sur le même patient et que... y a des fois des petites choses où il faut prêter attention, quoi. Revoir... aussi, on avait parlé de la patiente qui a été prise en charge aux urgences et qui a eu un problème oculaire... bah, revoir le patient, dans sa globalité, c'est aussi important, même si y a un risque vital à l'entrée, forcément, on s'en occupe mais... euh... revoir un petit peu tout ce qui a été noté et penser aussi à bien noter... On avait parlé aussi de l'importance des... de la tenue des dossiers médicaux, d'une manière générale.

— Ouais...

— On voit que la mauvaise information entretient les... ben les


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

effets indésirables, entretient les dangers pour les patients.

— Ouais. J'ai l'impression que tu te souviens... enfin, que tu te rappelles quand même pas mal de... de certaines actions d'amélioration qui avaient été proposées, ouais.

— Ouais, je l'ai aussi relu ! (rires)

— D'accord ! Alors ça, t'étais pas obligé mais c'est pas grave. Qu'est ce que tu retiens, éventuellement, de ces actions ? Est-ce que tu as pu en appliquer une ou certaines, après la RMM ? Ou... ?

— Euh... Bah, ce qui y a de sûr, c'est que dans le service, immédiatement après, par rapport à mon cas, bah y a des choses qui ont été améliorées, dans le sens où on essayait de... de... les seniors essayaient d'être plus présents au moindre doute et, nous, on insistait plus pour les faire venir, en cas de... en cas d'hésitation sur certains cas. Euh... même si c'est déjà ce qu'on faisait, mais ils venaient plus facilement, on va dire.

— Hmmm.

— Et puis euh... par rapport aux autres cas, j'ai pas vraiment été confronté... ben, enfin, oui et non, c'est-à-dire que c'est toujours la même chose, dans le sens... la prise en charge du patient dans le service où on est actuellement et dans sa globalité, ça c'est ce qu'on essaye de faire, en médecine générale, finalement.

— Hmmm.

— Et puis, ben c'est ça... j'essaye toujours de faire attention à ne rien oublier, même si on sait bien que, dans les services de spécialité, on a pas toujours le temps de tout revoir. Et on est pas là, non plus, pour faire ça, mais... mais, en même temps, si on se penche pas dessus, c'est comme ça qu'on fait des erreurs. Donc, c'est pareil, faut revoir un petit peu... essayer ça, de l'appliquer. Pour le reste, j'ai pas vraiment eu de... je crois pas avoir revu de cas approchant, on va dire...

— Ouais.

— Après, la tenue des dossiers, bah ça, je crois que je le faisais déjà bien avant et, du coup, ça renforce le... le fait de s'appliquer à bien mettre ce qu'on voit, ce qu'on ne voit pas aussi, ce qui est important aussi, pour que les gens qui passent après nous puissent... puissent vérifier l'absence ou... de certains symptômes et, du coup, voir l'évolution des pathologies du patient.

— OK. Et, du coup, t'avais noté un petit peu... justement, un peu des changements dans ta pratique, entre avant et après la RMM ?

— Euh... Le vrai changement, je crois qu'il était plus dans le fait de... ne pas se conforter dans les certitudes... alors que... enfin, comment dire ? On n'a pas de certitudes sur certains... Y a plein de choses sur lesquelles on n'a pas de certitudes. On pense en avoir et puis... finalement, se dire que, bah quand on sait pas, on sait pas. On fait appel à un ami, comme on dit. On appelle au moins un chef, au moins pour se conforter sur quelque chose où on a une incertitude et puis, quand on sait pas, bah pour savoir, tout simplement.

— Hmmm.

— Et euh... Je crois que c'est aussi... Je reviens, pareil, sur la pratique en cabinet de médecine, c'est pareil. Finalement, quand le médecin généraliste, il dit : « Je sais pas ce que c'est mais je vais vous envoyer chez le spécialiste », c'est bien continuer à prendre en charge le patient et c'est... c'est pas anormal de ne pas savoir ce qu'il a, mais c'est de pouvoir l'orienter correctement et c'est, du coup, finalement... c'est... ça évite l'effet indésirable de se dire : « Bon bah, je sais pas ce que c'est. Bon bah, au revoir, rentrez bien. »

— Ouais.

— Du coup, on participe aussi, dans ce sens-là, à l'absence d'effet indésirable, on va dire.

— D'accord. Euh... D'un point de vue plus personnel, on va dire, est-ce que la RMM avait permis, un petit peu, des changements dans le ressenti de l'événement... enfin, dans ton ressenti de l'événement que tu avais présenté ? Ou, plus généralement, d'événements indésirables ?

— Oui... Ben oui, dans le sens où, comme je le disais tout à l'heure, déjà de savoir que les autres font des erreurs, même si c'est pas comme ça qu'il faut peut-être le dire, mais... C'est assez aussi réconfortant de se dire que... ben voilà, on n'est pas... on n'est pas des machines, on n'est pas parfaits. Euh... Savoir aussi qu'on s'aperçoit de ses erreurs ou de ses imprécisions, ça... ben, ça permet de s'améliorer, tant d'un point de vue pratico-pratique, mais aussi de s'améliorer sur le fait d'accepter le... la possibilité d'erreurs, d'une part, et la possibilité de les améliorer. Donc ça, c'est important. Euh... Je crois que c'est important aussi de... ben... voilà, de se confronter aux erreurs des autres, pour éviter soi-même, si possible, de les répéter. C'est aussi intéressant, pour ça. Je crois que c'est... enfin, c'est... ça se rapproche des groupes de pairs, qui existent... qui se font.

— Hmmm.

— Ça revient à... soit on parle des... des patients qu'on a, actuellement, pour lesquels on sait, soit on parle des choses qu'on a faites et puis que... on n'est pas satisfaits de ce qu'on a fait, d'une manière générale. Et on va se faire conforter dans l'idée de... d'un bon choix ou d'une bonne... d'une bonne thérapeutique. Et puis, des fois, on va se trouver confrontés à une... à un autre avis, à une autre idée et puis... qui peut être tout aussi bien, voire meilleure et, du coup, pareil, ça permet d'avancer dans sa pratique.

— OK. Euh... Par rapport à la discussion, justement, que vous aviez pu avoir, dans le service, sur le cas que tu as présenté, déjà, est-ce que la RMM avait pu apporter d'autres éléments ?

— Euh... A mon sens, oui. Après, je ne leur en ai pas forcément reparlé, a posteriori.

— Hmmm.

— Euh... sachant que... bon, la patiente, comme ça s'était bien terminé, on n'a pas non plus... on n'en a pas reparlé non plus pendant deux mois, hein.

— Ouais.

— Les choses ont été réglées, cadrées, on va dire, au moment de l'événement et dans les deux semaines qui suivaient. Donc, je suis pas revenu remettre une couche, si j'ose dire... un mois après, parce que la RMM tombait un mois après.

— D'accord. OK. Mais t'as eu l'impression toi-même de retirer... personnellement... ?

— Ouais, j'ai eu l'impression que … y avait déjà... y avait du mieux sur mon cas et puis, je pense aussi que cette impression était réconfortée par... enfin, confortée, plutôt, par le fait que la présentation des autres cas était intéressante et que, du coup, voilà... Chacun, dans les différents stages qu'on faisait, y avait... on était confrontés à des événements indésirables et que, du coup... voilà, on pouvait... enfin, on pouvait toujours se retrouver avec d'autres... d'autres événements qui pouvaient nous apporter... par le fait qu'il y avait eu une... une bafouille, si j'ose dire... un problème et qui s'était, la plupart du temps, bien terminé.

— (rire) OK. Alors, du coup, d'une manière plus générale, qu'est-ce que t'as pensé de la méthodologie de la revue de morbi-mortalité, pour parler d'événements indésirables ?

— La méthodologie ?..

— Ouais, alors pour reformuler un petit peu, si tu veux : euh... est-ce que... est-ce que, bah justement, le... la discussion d'événements indésirables, telle qu'elle a eu lieu... dans cette séance, est-ce que... enfin voilà, qu'est-ce que t'en as pensé ?

— Moi, je trouve que c'est bien que chacun arrive avec un truc un peu... travaillé, si j'ose dire. C'est-à-dire, quelque chose sur lequel on a pu réfléchir. Euh... Ce qui est très utile aussi, c'est que la diversité des... des stages, actuellement, puisqu'on est tous en stage, fait qu'on apporte plein de cas différents.

— Hmmm.

— Ça aussi, c'est très intéressant. Le fait qu'on en discute... enfin,


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

qu'on laisse les gens vraiment présenter les choses, d'un bout à l'autre, et qu'ensuite on en discute, je trouve ça aussi bien, parce que finalement, ça nous permet d'avoir la vue d'ensemble du cas. Si jamais y a quelques chose qui a pas été compris, on peut poser des questions puis ensuite, on voit, on analyse, on essaye de savoir si, dans la même situation, on aurait pu avoir les mêmes réactions, les mêmes... les mêmes inconvénients, les mêmes ennuis, les mêmes interrogations, etc... Ça c'est intéressant. Et puis, après aussi, bah essayer de proposer aussi des solutions, c'est, finalement, ce qu'il y a de plus intéressant, c'est-à-dire de savoir : « Qu'est-ce que... Qu'est-ce qu'on aurait pu faire pour éviter ou qu'est-ce qu'on va faire, dorénavant, pour éviter que... ? ». Ça, c'est ce qu'il y a de plus intéressant.

— OK. Et est-ce qu'au contraire, éventuellement, t'as pu remarquer des choses qui auraient pu manquer dans la discussion ou euh... ?

— Euh... Manquer ?.. (silence) Non. Finalement, c'était... Enfin, manquer... Non, je pense pas. Je trouve que ce qui était intéressant, c'est qu'il y ait aussi... enfin là, on était tous internes et qu'il y ait aussi l'avis du... de notre tuteur de médecine générale, qui nous donne son point de vue, son expérience. Ça, c'était aussi important. Euh... non, sur la... Alors... Critiquer, comme ça, là, tout de suite... non, je vois pas ce qui... ce que je pourrais... enfin, ce que je pourrais dire de... Là, ça me vient pas, en tout cas (rire).

— D'accord. Euh... Est-ce que, selon toi du coup, une RMM, telle qu'on l'a faite, peut apporter quelque chose, par rapport à d'autres enseignements qui ont déjà lieu, au cours du DES ?

— Dans le sens où : est-ce qu'on pourrait en faire plus régulièrement ou... ?

— Euh... Alors, j'y viendrai peut-être après là, mais en tout cas, est-ce que ça a un intérêt supplémentaire, par rapport... bah, à ce qu'il y a déjà : aux GEP, aux ateliers, aux...

— À mon goût, oui. À mon goût, je pense que c'est intéressant et, d'ailleurs, je crois que c'était tous notre ressenti et, d'ailleurs, on en a reparlé avec notre tuteur et il est prévu qu'on en refasse une, à la place d'un GEP.

— D'accord.

— Donc.. pour qu'on puisse rediscuter aussi de... de différents cas qui nous ont embêté, actuellement ou dans les stages à venir. Donc, c'est prévu qu'on en refasse un, dans un peu plus de six mois.

— D'accord.

— Donc, je trouve que c'est assez intéressant. Ça permet vraiment de... de se reposer sur des bases tout aussi solides que ce qu'on fait aussi en GEP, dans le sens où on voit des cas vraiment très, très concrets et sur lesquels y a des améliorations à faire... et comment les faire, etc.. Et ça, c'est très intéressant.

— OK. Et, du coup, t'es d'accord aussi pour en refaire dans ton groupe ?

— Ouais, ouais. Vraiment. Voilà... c'est rare les votes à l'unanimité, mais... (rire) C'était le cas.

— OK. On arrive à peu près vers la fin là. Est-ce que t'as d'autres remarques, éventuellement, à faire ? Que ce soit sur... sur... voilà, sur le cas que t'as présenté, sur les cas des autres, sur le... sur la méthode ?..

— Hmmm. Écoute là, comme ça, non. Ça me vient pas. J'ai trouvé ça intéressant. Je reste sur cette idée-là, pour le moment.

— OK. Et est-ce que, éventuellement, tu verrais des suggestions pour améliorer le dispositif, l'organisation ?..

— Non. Après, on peut toujours se poser la question de savoir si y a... si... rajouter un autre médecin d'expérience peut faire aussi pencher... enfin, avoir un avis légèrement différent, même si on avait tous nos avis à donner. Peut-être un autre médecin... euh... éventuellement, avec un point de vue, peut-être, hospitalier ou autre chose, pourrait éclairer les choses différemment mais... je suis pas certain que ce soit... enfin, c'est pas indispensable, c'est sûr, mais je suis pas certain que ça apporte beaucoup de différences. Mais, des fois, ça permet aussi de confronter des idées différentes... de manière un peu plus...

— Ouais, un autre point de vue.

— Un autre point de vue. Là, ce qui est intéressant, c'est d'avoir un point de vue vraiment extérieur, alors qu'on était quasiment tous dans des stages hospitaliers, en tout cas pour la description des cas...

— Ouais.

— Euh... à part, il me semble qu'il y en avait un qui était vraiment chez le praticien. Sinon les autres étaient tous, je crois, des cas hospitaliers. Donc, ça permettait d'avoir un avis très extérieur. Mais, peut-être des fois, d'avoir l'avis d'un médecin... je sais, l'avis d'un médecin urgentiste, parce qu'il y avait pas mal de cas qui se rapportaient à des urgences, globalement... bah, ça peut avoir aussi un éclairage différent.

— OK.

— Enfin, ça peut être... ça peut être quelque chose d'intéressant.

— Ça peut être intéressant, ouais.

— Voilà... C'est pas mal, là.

— Très bien. Et bien, écoute, merci beaucoup.

— Je t'en prie.

## 1er groupe – Entretien n°3 du 12/03/2014

— Bonsoir et merci de m'accueillir pour cet entretien. Comme je l'avais précisé lors des précédentes étapes, tout ça, c'est pour le travail de ma thèse.

— Hmm.

— Et donc euh... Merci à nouveau d'avoir accepté pour cet entretien. Mon travail s'intéresse à la qualité et à la sécurité des soins chez les internes de médecine générale et l'objectif était de tester la revue de morbidité et de mortalité dans un groupe d'internes, en tant qu'outil d'amélioration de la pratique et pour permettre aussi de revenir un peu sur des situations qui pouvaient être vécues difficilement. Avant de débuter, je voulais t'informer que l'entretien sera intégralement enregistré. Dès que ce sera possible, toutes les données seront anonymisées, donc voilà... On ne reconnaîtra ni ton travail... ni ton cas au début, ni ton entretien par la suite.

— D'accord.

— Alors, pour débuter,je veux juste te poser quelques petites questions, pour récupérer des infos sur la population de mes internes. Alors, quel âge as-tu ?

— 26 ans.

— OK. Euh, t'étais à quel semestre lorsqu'on a fait la RMM ?

— C'était mon 2e semestre.

— OK. Et, du coup, t'avais validé quoi ?

— J'avais fait les urgences, déjà.

— OK et le 2e c'était ?

— J'étais en pédiatrie.

— Ah oui, voilà, ouais. OK. On attaque le questionnaire, vraiment. Avant de... avant d'en entendre parler dans mon travail, est-ce que t'avais déjà entendu parler de la revue de morbidité et de mortalité ?

— Je pense que je connaissais de nom, en fait, mais euh...

— Ouais...

— Enfin, on en a pas parlé de nouveau. Je savais pas ce que c'était, précisément. Enfin, je m'étais jamais posé la question.

— OK. Est-ce que tu avais eu l'occasion, éventuellement, d'en faire dans des services ou... peut-être sous d'autres formes ?

— Non.


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

— A priori, non, pas du tout.

— Juste en GEP, ça ressemble peut-être un peu à ce qu'on a fait mais, sinon dans les services non, j'en ai jamais fait.

— OK. Euh... Sur... Alors maintenant, je vais te poser quelques petites questions sur l'organisation, en fait. Comment est-ce que tu avais trouvé les explications orales que j'avais données, lors de la séance de présentation, avant la RMM elle-même ?

— Ben, du coup, ça m'avait paru clair. En fait, j'avais compris de quoi il s'agissait dès le... enfin, dès la présentation que t'avais fait donc... Enfin, ça avait paru suffisant mais... et clair.

— D'accord. Donc, en ce qui concerne les explications écrites : celles que j'avais laissées dans la fiche de procédure puis, éventuellement, dans le mail que j'avais renvoyé, par la suite ? Pareil, est-ce que...

— Oui, bah c'était très complet, en fait. Enfin, c'était très précis. Enfin, vraiment, à aucun moment, je me suis posé des questions.

— OK. Donc, globalement, t'avais à peu près une bonne idée de ce qui allait se passer, de ce qui était attendu... ?

— ...

— Très bien. Alors, maintenant sur le choix de ton cas, je voudrais savoir une petit peu, justement, comment ça s'était passé, pour toi euh... le choix du cas que tu as présenté ?

— Bah écoute, c'était un cas qui s'était produit à peu près dans la même période. Enfin, dans la période où je devais préparer ça, je me suis dit : « Quel cas je vais prendre ? » et y a celui-là qui m'est revenu en tête, parce qu'il avait été à peu près au même moment. Et aussi parce que ça avait été quelque chose de, à mon avis, particulièrement grave. Donc, du coup... enfin je pense que ça m'avait marquée et, du coup, je me suis dit : « Ben ça, il faut vraiment pas le... ».

— OK. Il était proche et marquant.

— Hmm.

— D'autres raisons, éventuellement, également ?

— Euh... Ben non, c'était plus la gravité de la chose, en fait, qui m'a fait me dire qu'il fallait vraiment pas que ça se reproduise. Après, c'était un cas où j'étais pas directement impliquée. Enfin, j'étais un petit peu impliquée mais pas aussi à toutes les étapes.

— Hmmm.

— Mais... Du coup, c'est vrai que ça concerne pas vraiment une erreur que j'ai faite, moi. C'était peut-être pas trop non plus...

— C'était pas forcément le but non plus, de présenter une erreur personnelle.

— Ah, d'accord. Mais voilà, je pense que c'est la gravité qui a fait que...

— OK. Est-ce que les définitions de la fiche de procédure, que j'avais distribuée, étaient suffisamment précises, pour t'aiguiller sur le choix ?

— Euh... Ben, je pense que oui. Je me rappelle plus trop des définitions (rire) mais euh... Oui, je pense.

— Ça allait. OK. Est-ce que tu avais déjà discuté de ce cas avec d'autres personnes, quelles qu'elles soient, avant de le présenter lors de la RMM ?

— Euh, oui.

— Ouais ? Alors avec qui ?

— Bah, avec mes co-internes, en fait, uniquement.

— D'accord. T'en avais pas discuté avec des seniors ou... ?

— Non.

— OK. Alors, donc à propos de la présentation, maintenant. De ton point de vue, en fait, comment s'était passé, justement, la présentation de ton cas, au moment de la revue de morbi-mortalité ?

— Euh... C'est-à-dire, en fait euh... ? Est-ce que j'ai eu le temps de présenter mon cas, en fait ? Est-ce que c'est plus ça ou euh... ?

— Euh, bah, qu'est-ce que t'as ressenti ou comment ça s'est passé pour toi, ce... Est-ce que...

— Euh... J'avais l'impression que j'étais pas très claire, en fait, dans ma façon de... Enfin, c'était assez long, en fait, d'expliquer toutes les étapes de ce qui s'était passé, ce qui avait conduit à l'erreur.

— Hmmm.

— Donc, du coup, peut-être aussi que ça a été pas très bien compris par tout le monde, parce que j'avais été obligée de synthétiser et, en fait, peut-être je me suis un peu embrouillée. Enfin, je pense que j'ai pas été très claire, en fait, dans la présentation. Peut-être aussi parce que, prise par le temps, pour tout développer...

— D'accord. T'as eu l'impression de manquer un peu de temps, justement, pour la présentation ?

— Peut-être, ouais.

— OK. Et sinon, par rapport à la présentation... enfin, par rapport aux autres internes, en fait. Comment est-ce que t'as perçu leur écoute, leur regard sur ton cas ou sur ta présentation ?

— Ça m'a pas... Enfin, j'ai pas ressenti de choses négatives. En fait, d'une manière générale, dans ce groupe, je... dans cette séance, enfin à la fin, j'étais quand même soulagée de... je trouvais qu'en fait, finalement, ça faisait du bien de voir... on s'est tous rendu compte qu'on faisait tous des erreurs, quoi. Après, au moment où je présentais mon cas, je pense que j'ai pas fait trop attention à ce que pensaient les gens, parce que j'étais un peu prise dans mon truc. Mais j'ai... enfin, j'ai pas senti de choses négatives.

— Alors, après, euh... au moment de l'analyse du cas, au moment où on discutait justement des... de ce qui avait pu mener à l'événement indésirable... Euh, quelles étaient tes impressions, à ce moment-là ?

— Hmm. C'est un peu dur à dire, je sais pas trop. C'est pareil, en fait. Enfin... Ouais, bah plutôt bonnes, en fait. C'était intéressant, en fait. Mes impressions, c'est un peu dur à décrire, je sais pas trop. D'une manière générale, j'ai trouvé que c'était... Enfin, ça faisait du bien d'en parler, en fait.

— Hmmm. Et, du coup, est-ce que... Enfin, qu'est-ce que t'as pensé de l'apport, de la réflexion des autres sur le... sur ce que tu as pu pensé du cas ?

— Je pense que, en fait, les choses qu'on a pointées, les différents dysfonctionnements et tout ça, je pense que je les avais déjà pointés moi-même, en fait. Y a des choses qui, finalement, sautaient aux yeux. Enfin... Donc, en fait, au final, est-ce que ça m'a... Je pense que, du coup, les dysfonctionnements, je les avais identifiés mais après peut-être que ça m'a aussi un peu aidé à... à trouver des pistes pour les pallier, quoi. Enfin, je pense que, de voir un peu comment les autres réagissaient, tout ça... C'était plus dans ce sens-là.

— OK. Euh... alors maintenant, par rapport aux présentations des autres internes, justement, bah qu'est ce que t'as pensé des cas qu'ils ont présentés ?

— Hummm… En fait, je m'en rappelle plus trop... (rires)

— Alors, sans essayer de te remémorer exactement les neuf autres cas qui avaient été présentés mais euh...

— Je crois que c'étaient des choses qui auraient pu m'arriver.

— Ouais.

— Enfin, c'étaient quand même des situations euh... enfin, qui étaient, je pense, fréquentes et même qui, peut-être, m'étaient déjà arrivées. Enfin, c'étaient pas du tout des cas euh... un peu extraordinaires. Euh... Non, c'est assez... du coup, pareil... Enfin, je crois que c'était assez intéressant d'en discuter pour euh... Enfin, déjà de voir comment chacun pouvait réagir, vis-à-vis de la situation et aussi comment on pouvait essayer d'améliorer... enfin...


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

— Euh... Ouais, du coup, c'étaient des situations que t'avais l'impression d'avoir... pu toi-même vivre...?

— Ouais... ouais... Je pense, déjà, dans les... dans les erreurs de prescriptions, c'est... enfin, c'est des choses qui arrivent un peu à tout le monde donc euh... Après, y a... enfin, je pense qu'il faudrait que je me rappelle mieux de ce qui était présenté... (rires)

— Euh... Après, donc toujours selon toi, comment s'est passée... comment s'est déroulée l'analyse des cas des autres internes ?

— Euh... Ben écoute, bien. Je pense que chacun aussi... enfin, les gens participaient bien.

— Hmmm.

— Tout le monde donnait bien son avis. Je pense que c'était intéressant... et euh... Bah déjà aussi, c'était bien aussi qu'il y ait le... notre tuteur... enfin, qui aussi pouvait donner un peu un... un autre éclairage donc ça, c'était intéressant. Et... enfin dans l'ensemble, enfin je crois que ça s'est quand même... ça s'est quand même bien déroulé, quoi. Enfin, j'ai pas... Je pense que tout le monde a pu retirer quelque chose, quoi. Enfin... tous les cas étaient intéressants...

— OK. Tu disais que tout le monde a pu participer. T'as eu l'impression, également toi, de pouvoir euh... bah, participer comme tu voulais ?

— Euh... En fait... Bah, je participe pas forcément, spontanément, beaucoup dans... dans les groupes comme ça mais... après voilà, quoi... Enfin, oui... Oui, je pense que si j'avais des trucs à dire, je pense que j'ai dû les dire. Je me rappelle plus trop mais... Enfin, ça me donne pas... J'ai pas senti que je pouvais pas en placer une ou que... enfin voilà, ou que... que j'osais pas, en fait, oui. Je crois que c'était quand même assez libre, le... Enfin, peut-être aussi le fait qu'on soit en petit groupe donc, du coup, c'était plus spontané, en fait...

— Euh... Alors, à propos maintenant, bah de l'impact justement de cette revue de morbi-mortalité. Euh... est-ce que t'as retenu quelque chose des actions d'amélioration, qui avaient été proposées, ce jour-là ?

— Hmm... oui... Sur mon cas, c'était plus la communication, en fait, entre... au niveau de... au niveau des différentes euh... des différents... des différentes personnes du service, quoi.

— Hmmm.

— Bon, ben ça, c'était quelque chose que je savais que... qui était un gros problème. Euh... Après, est-ce que j'ai vraiment... concrètement, à des moments, je me suis dit que j'allais les appliquer... Enfin, est-ce que je me suis remémoré ça, dans la pratique, je sais pas... Hmm...

— Euh... est-ce que... Oui, est-ce que, sans forcément y songer, mais est-ce que t'as eu l'impression que ça a apporté quelque chose euh... dans ta pratique, après euh... après cette revue de morbi-mortalité ?

— Bah, en fait, je pense sur le coup, oui. Enfin, sur le coup, j'étais vraiment contente de l'avoir fait et je trouvais que c'était... intéressant. Après, je pense... On a fait ça, ente internes, finalement, qui étaient tous dans des services différents...

— Hmmm...

— Et... en fait, je pense que si ce genre de choses se faisait plus avec des gens qui ont l'habitude de travailler... enfin, c'est peut-être difficile à faire, parce que après, on a toujours le... peur de se faire juger, quand on est un peu dans son propre service, et tout mais... je pense que, du coup, ce serait peut-être plus fructueux parce qu'on... on verrait concrètement, en fait, les dysfonctions... enfin, qui se passent, concrètement, dans notre pratique quotidienne, quoi. Et aussi, je pense qu'il faudrait que ce soit peut-être plus fréquent parce que là, ça s'est passé une fois donc, sur le coup, peut-être pendant quelques jours... tout ça, c'était bien et tout...

— Hmmmm...

— Et, en fait, après, ben... c'est vrai qu'on est pris par le rythme et tout, et après on... en fait, on... enfin, on retombe un peu dans les mêmes travers et tout... Mais euh... à mon avis, ça peut être intéressant de... peut-être le faire plus souvent, enfin de le faire, au moins, régulièrement parce qu'au moins on est un peu... si on le fait régulièrement, on est un peu dans une démarche... aussi de... enfin de réfléchir, par rapport à ça. Enfin, on sait, par exemple, qu'on doit préparer un cas donc...

— Hmmm...

— Donc...

— Ça pousserait à... à se mettre un peu plus dans cette démarche ?

— Ouais... ouais, un peu, peut-être... aussi de... Et puis, de plus réfléchir sur ce qu'on fait, de... d'être plus vigilant aussi, je pense...

— OK. J'allais te demander, un peu plus tard, du coup, mais je vais le faire maintenant, justement si tu serais d'accord pour refaire ce genre de séances, régulièrement ?

— Bah, moi... enfin, je trouve ça très intéressant.

— OK. Et tu pense, justement, ça pourrait aider... bah, notamment pour... cette démarche - entre guillemets – de... d'amélioration de la pratique ?

— Ben... ouais, je pense. Ouais, moi je pense. Après euh... Je pense que ça peut aider mais, après je pense qu'il faut aussi pouvoir, vraiment concrètement, mettre en œuvre les... les, les... les solutions qui sont proposées. Après, quand c'est des erreurs de diagnostic, des choses qui sont liées à des connaissances et tout ça... ben ça, c'est un petit peu, en fait, de notre faute donc c'est à nous de travailler d'avantage et tout.

— Hmmm...

— En fait, après, par rapport à... aux erreurs, moi je trouve que... là, dans le service où je suis, vraiment je... enfin, je trouve que ce qu'on fait, c'est pas du tout... sécurisé parce qu'en fait... enfin, on fait la visite très, très vite, on est pris entre plein de seniors, enfin entre plusieurs seniors qui, chacun veulent qu'on fasse la visite avec eux. Ensuite, on prescrit sur ordinateur mais y a pas assez d'ordinateurs pour tout le monde donc... c'est le senior, il dicte son mot et nous, on est sensés faire les prescriptions mais, du coup, on doit se battre pour trouver un ordinateur, quelque part donc...

— Hmmm...

— Enfin, honnêtement, moi au niveau de... de l'erreur, là dans ce... dans le service où je suis, enfin, je pense qu'il y aurait vraiment plein de choses à améliorer et... parce que, à mon avis, ce qu'on fait... enfin, je suis étonnée qu'il y ait pas davantage d'erreurs, dans les conditions dans lesquelles on travaille. Mais, à mon avis, pour pouvoir améliorer, en fait, c'est un problème qui est interne au service. En fait, il faudrait déjà plus réussir à en discuter avec nos chefs et... et améliorer les choses à l'intérieur même du service, en fait.

— Ouais.

— …

— Et est-ce qu'éventuellement... bah en... dans des groupes comme ça... la réflexion, dans des groupes comme ça, justement, pourrait, tu penses, pousser... te pousser toi, pousser d'autres internes, justement, à... à en parler plus facilement, dans leur service ou...?

— Peut-être, ouais. C'est sûr. Enfin, déjà ça peut nous stimuler un peu... Peut-être.

— OK. Euh... alors, d'un point de vue plus personnel, en fait, est-ce que la RMM avait permis des changements, justement, dans le... dans le vécu que t'avais, le ressenti que t'avais de l'événement que t'as présenté ?

— … Hmm... En fait... oui et non, parce que... En fait, je pense que déjà, j'ai quand même mal choisi mon cas parce que, comme j'étais pas directement impliquée...

— Hmmm...

— Enfin, c'était... plus facile, en fait, d'en parler. Enfin... finalement, l'erreur, je l'avais... je l'avais vue mais je l'avais pas faite moi-même, en fait. Donc, après, je considère toujours que


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

c'est une chose grave... enfin, grave et... enfin voilà, en sortant... enfin, en sortant, je considérais toujours que c'était grave... ça a pas changé ma perception du truc...

— Et est-ce qu'éventuellement, par rapport aux événements indésirables, en général, ça a pu changer un peu ta perception ?

— Je pense, en fait, ça... ça permet de dédramatiser. Enfin, ça quand même, c'est... c'est sûr. De se rendre compte que, finalement, tout le monde fait des erreurs et... Après... enfin... je pense que... malgré tout, enfin tout le monde en fait mais c'est vrai que c'est sûr, c'est surtout... ce qu'il faut prendre en compte, c'est le fait que... c'est comment améliorer parce que c'est comme ça que... (bruits parasites pendant 3 sec...).

— OK. Euh... alors, si tu avais déjà discuté... enfin, t'avais déjà discuté de... du cas, avec des co-internes, est-ce que, justement, la discussion et la réflexion, dans le groupe, lors de la RMM, avaient permis d'ajouter autre chose... par rapport à ces discussions que t'avais eues ?

— Euh... oui parce qu'en fait, quand on discute entre nous, c'est vrai qu'on est plus euh... un peu dans la colère... enfin... je pense qu'on est plus... moins dans la réflexion, en fait, de... de vraiment qu'est-ce qu'on peut améliorer, de qu'est-ce qu'on peut changer. Je pense que c'est plus constructif, en fait, de le faire dans... dans un groupe comme ça. Entre co-internes, c'est vrai que ça permet... ça fait du bien d'en parler, un peu... enfin... mais... Et puis, aussi, c'est... enfin, c'est vrai qu'entre co-internes, ben on vit un peu la même chose, dans le service et après, c'est vrai que... c'est un peu en contradiction avec ce que je disais, tout à l'heure, mais... le fait qu'il y ait... que les internes soient de... d'autres euh... services, ça apporte, peut-être un petit peu, un autre... un autre éclairage... enfin... Alors, qu'entre nous... on connaît... on connaît nos chefs... voilà, on a un peu nos a priori sur eux, tout ça... Voilà, c'est un peu plus dépassionné, en fait. Il me semble... enfin...

— OK. Et puis, ouais... cette notion de changement de... de point de vue, également, qui...

— Hmm. C'est un peu contradictoire avec ce que je viens de dire, avant mais... (rires)

— C'est pas grave. (rires) Euh... alors après, sur le... sur la RMM elle-même, en fait, qu'est-ce que tu penses, justement, de... de la méthode pour... pour parler des événements indésirables ?

— Hmm. La façon dont on présente nos cas et tout, du coup ?

— Euh... oui. Et puis, tout le déroulement... enfin, la présentation, l'analyse qui est faite après... même, on va dire, le cadre... tel qu'il était là, dans le groupe de GEP, entre guillemets...

— D'accord. Euh... je trouve que bon... peut-être, on est encore un peu trop nombreux... enfin, je sais pas. Mais disons que, par contre, au niveau du... du temps pour exposer le cas, en fait, je pense que c'est peut-être un peu court, en fait... même du temps pour la réflexion, c'est peut-être un petit peu court.

— Hmmm.

— Après, ben je trouve quand même que c'est bien qu'on... enfin, le fait de... d'exposer son cas et ensuite qu'on essaye de... de... d'identifier les erreurs et quelles solutions apporter, point par point, en fait. Enfin, je trouve que c'est... c'est bien, en fait...

— OK. Donc, y aurait le... y a peut-être un peu trop de monde, justement, tu le disais déjà tout à l'heure que, au niveau temps, c'était un peu... un peu juste.

— Hmm...

— OK. Et donc, sur la méthode elle-même... euh... tu penses que c'est adapté, justement, pour parler d'événements indésirables ?

— … Hmm... Oui, je pense. En fait... enfin, je vois difficilement comment on peut faire autrement, en fait. Enfin... Non... Si, ça me paraît bien, quand même...

— Euh... alors, je suis perdu dans mes questions... (rire) Euh... est-ce que, selon toi, la RMM, telle qu'on l'a fait euh... apporte quelque chose, par rapport à... à d'autres enseignements ou euh... ou d'autres ateliers qui existent déjà, à la fac ?

— Hmm... À mon avis, en fait, c'est complémentaire des GEP. Enfin, c'est un peu la même démarche, en fait... que les GEP. Après... enfin, je pense que... oui, c'est quand même très différent de... des séminaires ou des ateliers, tout ça... Euh, oui. Je pense que c'est complémentaire, en fait. Enfin, c'est pas de l'enseignement pur, c'est... Enfin, à mon avis, c'est... c'est bien... c'est important, c'est comme les GEP...

— OK. Donc ça aurait un intérêt, éventuellement, par rapport à tous ces... tous ces trucs qui sont déjà en place ?

— Euh... oui. Enfin, je pense qu'on est... Enfin, en plus, on était un peu tous d'accord pour dire... Enfin, tous, non... mais avec les personnes avec qui j'en ai discuté, dans mon groupe de GEP... enfin, je pense que ça nous a quand même tous... bien plu. Parce qu'on se sent bien concernés aussi. Je sais pas, des fois, quand on présente des cas, en GEP, bon... on choisit un peu son cas, comme ça, pour faire le GEP, en fait. Mais là, je pense qu'il y a quelque chose de plus personnel aussi... dans ça. Et aussi, de plus constructif parce que bon... comme c'est une erreur... Enfin, ça nous marque et aussi, on est intéressé pour... ben pour comment faire pour l'éviter...

— OK. Bon, on arrive bientôt vers la fin. Est-ce que tu as, éventuellement, d'autres remarques... à faire, par rapport à n'importe quel point, déjà, de l'entretien ?

— Euh... bah... Du coup, moi... enfin, je pense... ce que je trouve c'est que... il faudrait que ce soit, si ça... si c'est quelque chose qui... qui est... qui devient intégré, en fait, à l'enseignement, tout ça... je pense qu'il faut que ce soir vraiment régulier, pour que ça puisse être... bénéfique, en fait. Je pense que... bah là, du coup, c'est vrai que c'est... enfin, sur le coup, j'étais très intéressée, très motivée et tout... Et après, en fait, j'ai complètement oublié... enfin, j'y ai plus repensé, quoi...

— OK. Euh... bah, justement, je voulais te demander après, si tu avais des suggestions pour améliorer un peu le dispositif ? Mais si euh... C'est déjà une première remarque.

— Hum.. Bah, en fait... voilà. J'en ai pas trop d'autres... (rires)

— OK. Bah écoute, on va terminer.

## 1er groupe - Entretien N° 4 du 20/03/2014

— Alors écoute, bonjour et merci de m'a... de m'accueillir pour euh... pour cet entretien. Euh... donc, comme je l'avais expliqué pour... enfin lors des précédentes étapes hein, toute la démarche est organisée pour mon travail de thèse euh... qui s'intéresse à la qualité et à la sécurité des soins, chez les internes de médecine générale euh... L'objectif était donc de tester la revue de morbidité et de mortalité en tant qu'outils d'amélioration de la pratique euh... et puis également pour permettre de revenir sur des situation qui pouvaient être vécues de manière un peu désagréable. Euh... donc, avant de débuter vraiment l'entretien, je veux t'informer que tout l'entretien sera enregistré, euh... entièrement transcrit ensuite pour me permettre de travailler dessus. Euh... malgré tout, les données resteront anonymes et du coup rien ne permettra de t'identifier dans le travail final. Voilà, tu es parfaitement libre de tes pensées et de tes déclarations. Euh... alors pour débuter je voulais juste te poser quelques petites question pour avoir des infos sur ton parcours. Euh... alors déjà quel âge as tu ?

— J'ai 34 ans.

— OK, euh... Alors est ce que... à quel semestre tu étais lorsque euh... on a fait la RMM ?

— Euh... j'ai présenté un cas que j'avais vu pendant mon premier semestre.

— OK et donc c'était ton deuxième..?

— C'était mon deuxième

— OK. Et alors t'avais validé quoi ?

— Les urgences.

— OK et le deuxième où t'étais, c'était en...


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

- En médecine adulte.
- OK, OK. Je vais peut-être rajouter une petite question. Il me semble que t'avais, du coup, une formation euh... avant de... de... de passer l'internat ?
- Tout à fait, oui. Je suis infirmier, de formation initiale.
- OK et du coup t'as voulu passer euh... de l'autre côté, on va dire, de la barrière euh... (sourires)
- Ouais, c'est un peu une barrière, ouais. Ouais, ouais, je voulais faire médecine. Oui, je voulais faire médecine.
- OK et c'est un truc qui est venu euh... quand t'as commencé à travailler en tant qu'infirmier ou c'était quelque chose quiiii euh...
- Non, non, non, c'est quelque chose d'ancien et j'ai fait infirmier parce que j'avais commencé médecine mais que je l'avais raté. J'avais commencé la P1 et je l'ai ratée, je m'étais promis qu'il fallait que je ré essaye. J'étais pas un infirmier très euh... très épanoui, j'avais envie de faire autre chose donc euh... Y a une loi qui disait si jamais on avait euh... euh... un diplôme de paramédical, comme infirmier, si jamais on validait trois années de travail dans un hôpital public, on avait le droit à une troisième chance pour tenter la P1, c'est ce que j'ai... J'ai patienté, puis j'ai fait ça.
- OK, intéressant. Euh... alors, du coup on va fermer cette petite parenthèse et on va commencé vraiment le...l'entretien sur euh... enfin pour ma thèse. Euh alors, avant d'en faire une dans le cadre de mon travail, est ce que tu avais déjà entendu parler de la revue de morbidité et de mortalité ?
- De loin, oui.
- OK. Dans quel cadre ?
- Je saurais pas te dire. Ça a traîné dans mon oreille, si tu veux euh... C'était pas... c'était pas la première fois que j'entendais ça mais ça avait pas forcément de définition, de signification précise. J'ai euh... je m'y suis pas intéressé non plus des masses, j'ai pas été chercher ce qui se cachait derrière tout ça.
- D'accord.
- Voilà, j'ai dû croiser un tout petit peu pendant mes études, en entendre parler en stage et... ça...
- Mais du coup, t'en avais... enfin t'avais jamais participé à une revue euh...
- Non.
- OK euh... Alors, par rapport à l'organisation et au déroulement que j'ai proposé, comment est-ce que t'as trouvé, déjà, les explications orales que j'avais données lors de la séance de présentation.
- … Écoute, ça me semblait assez clair euh.... J'en ai pas un souvenir euh... très net euh... T'avais déjà... quand tu l'as présenté par oral, t'en avais déjà mis un p'tit mot par écrit sur euh... internet non ? Ou c'était p't'être monsieur X (tuteur du groupe) qui avait envoyé.
- J'avais... Alors, lui vous en avait parlé sans doute un peu et j'avais dû envoyer un mail pour dire que je passerai.
- Voilà, donc c'était dans la continuité, c'était cohérent, tout était bien cohérent.
- D'accord.
- J'ai pas de souvenir euh... Si ce n'est que je pense c'était bien de faire ça en petits groupe, tu vois....
- Hmmm...
- Euh… bon, voilà.
- Euh... alors, est ce que éventuellement, euh... tu te souviens aussi un peu des explications écrites que j'avais donné, alors un peu dans les mails euh... et puis la fiche de procédure que j'avais distribuée euh... et comment est ce que t'avais trouvé ces explications également
- … Écoute, moi je suis spécialisé dans le euh... dans le râlage, dans être jamais content et dans apporter des trucs qui vont pas et j'ai pas de souvenir de ça. J'ai un souvenir OK. Ouais, t'avais envoyé euh... euh... un p'tit mot pour comment est ce que ça allait se dérouler, les différentes étapes et tout... Voilà, si je m'en souviens pas, c'est que j'avais pas grand chose à dire dessus.
- D'accord.
- Et que c'était, c'était... c'était bien, quoi.
- OK, donc globalement tu penses que t'avais une assez bonne idée, justement, de ce qui était attendu pour le... pour la revue elle-même.
- Écoute, en tout cas, dans ma tête ça m'a donné une idée à peu près claire de ce qui allait se passer. Ensuite, à confronter a... avec euh... tu sais, vu que c'était la première, tu te fais toujours des idées en amont et ensuite tu, tu... tu le mets en... enfin tu, tu le testes, entre guillemets.
- Ouais.
- Avec la réalité et ce, ce... non, c'était bien.
- D'accord, globalement l'idée que t'en avais euh... correspondait à peu près à ce qui s'est passé.
- Euh... à peu près, ouais. Qu'est-ce qu'y avait qui différenciait... Là, comme ça, je m'en souviens pas.
- OK. Ça va peut être être plus clair, après dans le...
- Ouais, peut être (rires). On va chercher les souvenirs.
- Euh.... Alors pour la suite, du coup euh.... sur le choix du cas en fait, je voulais savoir, un p'tit peu, comment s'était passé le choix de... du cas que t'avais présenté, toi.
- Pour moi, c'était euh... ça s'est imposé ce... ce choix-là, euh... Ça s'est imposé parce que ça correspondait, à mes yeux hein, de ce que j'avais compris de ton travail, ça correspondait au travail que tu nous proposais et aussi parce que euh... c'était une situation dans laquelle moi, j'étais en difficulté et que j'avais... et que j'ai pas eu l'occasion de reparler suffisamment, ni avec mes patrons ni avec l'équipe. Voilà, je traînais un peu mon histoire euh... de morbi-mortalité euh... personnelle et c'était bien indiqué de pouvoir en parler dans ce groupe-là, quoi.
- OK.
- Donc euh... ça fait... ouais, ça a fait tilt directement, j'ai fait : « Ah p'tain, ben voilà, c'est là, c'est, c'est là, quoi. »
- OK euh... alors t'en avais pas trop parlé avec tes chefs, apparemment. Est-ce que t'avais pu en parler quand même avec quelqu'un d'autre euh... de ce cas justement ?
- Non, j'en ai pas parlé en dehors du boulot et euh... et au sein du boulot euh... j'ai, j'ai essayé un p'tit peu d'en parler, j'ai fait une tentative d'approche qui a été relativement rapidement éludée euh... Tout le monde y apportait pas forcément le même intérêt. C'était moi, c'était p'têtre un peu perso aussi, tu vois.
- Hmmm... Est-ce que ça t' manquait justement ce....
- D'en parler ?
- Ouais.
- Ouais, ouais, ouais. Ah ouais, clairement, clairement. Ouais, c'est euh... On peut bouffer des kilos de bouquins pour être médecin mais on a aussi une façon d'être meilleur, j'pense c'est quand même de dire euh... euh... où est-ce qu'on pense qu'on s'est planté, où est-ce qu'on a clairement euh... merdé et euh... et voir comment est-ce que ses pairs peuvent soit nous proposer une façon différente de voir les choses, soit nous... voire même nous rassurer parfois euh... mais nous aider, tout simplement nous aider : « Écoute voilà, dans cette situation, j'aurais peut-être fait comme ça. Est-ce que t'as pensé à tel truc, vérifié tel machin ? » Euh... c'est euh... c'est en, en corrigeant - entre guillemets - en corrigeant un p'tit peu sa pratique là où euh... justement on a pas été bon qu'on... qu'à mes yeux, on peut devenir meilleur, quoi. Voilà, je... je pense que j'aurais pu faire une révision de tous mes bouquins, ça m'aurait pas permis de mieux appréhender la situation, quoi.


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

— Hmmm. Euh... alors maintenant, à propos de la présentation et de l'analyse qui avaient été faites le jour J, euh... donc, de ton point de vue, comment s'était passée la présentation de ton cas ?

— … Comment est-ce qu'elle s'est... comment s'est passé la présentation de mon cas ?

— Ouais. Comment... Enfin, comment est-ce que t'as ressenti ce moment, quelles ont été tes impressions, enfin...

— Tu veux dire quand moi je l'ai présenté ou le retour des autres ?

— Euh... et ben, un peu des deux, ouais.

— Euh... je l'ai présenté, j'ai pas de souvenir particulier, là-dessus. Par contre, sur le retour des autres, ce qui m'a semblé euh... ce qui m'a semblé intéressant, c'est que là où moi je... je me sentais très culpabilisé sur euh... sur ma pratique sur euh... euh... est-ce que j'avais pas raté quelque chose euh... mes collègues m'ont... m'ont fait remarquer que les choses étaient jouées avant que j'intervienne, au moins en grande partie et ça m'a... déjà ça, ça m'a soulagé euh... Voilà bon, ensuite bien sûr, ça excuse rien et euh... j'ai quand même raté quelque chose, j'ai pas été assez vigilant... mais ça fait quand même du bien de savoir que, même si on avait été vigilant, les choses se seraient passées de cette façon-là.

— Hmmm.

— Euh... ouais, ça soulage un tout pt'it peu, quoi. OK, j'ai merdé mais c'est pas parce que j'ai merdé que ça a eu cette conséquence...

— OK.

— Ouais, ça, ça soulage un peu.

— Euh... et donc, euh... alors...

— C'est euh... c'est le grand truc : « c'est pas ma faute », tu vois.

— Ouais.

— Merde, putain, si c'est ma faute et tout, si c'est ma faute euh... cette pauv' dame, ben... merde, putain, faut vivre avec ça, quoi, tu vois. (rires gênés) Et euh... et du coup, ouais, c'était... ça fait du bien, quand on se rend compte que c'est pas forcément aussi simple que ça, que c'est pas forcément une question de faute, quoi.

— OK et euh... Alors, avant ce retour, comment est-ce que t'avais ressenti, éventuellement, le... enfin le, le regard... l'écoute des autres, justement, quand tu présentais ton cas ?

— Ben, je l'ai présenté que euh... à ma chef, avant...

— Alors, pendant la... pendant la revue de morbi-mortalité.

— Ouais, comment est-ce que j'ai ressenti...

— Ouais euh... comment tu te sentais euh... pour présenter le cas, quoi. Est-ce que... est-ce que ça a été difficile, est ce que ça...

— Et ben, c'est, c'est... c'est difficile et euh... et ça soulage en même temps, euh... C'est difficile parce que on est en train d'admettre, enfin moi, j'étais en train d'admettre que euh... j'avais fait une erreur et une erreur qui potentiellement avait eu des conséquences quand même importantes euh... Donc ça, c'est dur à admettre... cette remise en question, elle est délicate, quoi. Mais, en même temps euh... c'est un peu le poids avec lequel on vit quand on a merdé, quand on a fait une erreur, donc on vit avec ce fardeau-là - entre guillemets - et ça fait du bien de le déposer... Bon, c'est une façon de ressentir les choses.

— OK.

— C'est pas forcément facile à faire mais ça... fait du bien.

— D'accord. Euh... alors maintenant, plutôt sur l'analyse, et toujours de ton point de vue, en fait, comment est-ce que t'as euh... ressenti les choses justement, au moment où on a... où on a débattu de ton cas ?

— … Ben, j'avais p'têtre euh... j'ai entendu euh... beaucoup de euh... de... de paroles réconfortantes et euh... et justement pas moralisatrices et justement pas euh... Ils ont pas appuyé là où ça faisait mal et j'ai entendu beaucoup de choses euh... déculpabilisantes justement. Donc, j'imagine que je devais avoir une tête particulièrement culpabilisée parce qu'ils ont bien ressenti ce dont j'avais besoin et c'que... c'que j'avais besoin d'entendre... Voilà, ensuite ça a été euh... étayé par euh... des arguments, par euh... un point de vue plus médical, presque plus scientifique et voilà ça euh... ça fait partie de ce... de ce discours qui réconforte un peu quoi...

— OK, hmmm et euh... Bon, y a eu un apport apparemment, effectivement, pour euh... pour te soulager un peu, pour te déculpabiliser euh... Dans le sens plus, effectivement, médical est- ce que euh... est-ce que ça... est-ce que t'as l'impression que les autres internes, justement, ont eu un a... un autre regard, enfin un apport euh... particulier sur... sur le cas que t'avais présenté ?

— … Est-ce qu'ils ont eu un apport particulier ? Euh... je suis pas sûr de bien comprendre.

— Euh... donc, par rapport à ce que tu me disais, l'impression, effectivement le.... Y a eu un intérêt quand même assez euh... déculpabilisant, du moins dans un sens, pour euh... pour toi.

— Hmmm.

— Euh... est-ce que ça a apporté aussi autre chose d'un point de vue plus euh... euh... amélioration, justement, des soins ou...

— … J'pense que ça... ça incite, ce genre de... ce genre de travail de groupe, là, sur euh... où est- ce qu'on... où est ce qu'on est perfectible, où est ce qu'on s'est planté euh... Ça interpelle un tout petit peu nos... nos vigilances et puis ça nous donne quelques petites pistes pour euh... savoir quoi vérifier, quoi... ne pas oublier, avoir euh... une vision un tout petit peu plus large du... de la situation, au lieu d'être vraiment focalisé sur un truc. Moi, c'était... c'était mon souci d'ailleurs, ce jour-là, où je me suis planté. J'étais vraiment focalisé sur un truc et j'ai pas vu ce qui était à côté. Donc, j'pense que ça nous aide à élargir un tout petit peu notre regard euh... ouais déjà. Ensuite quel euh... quel autre intérêt, c'était ça, ta question, c'était quel intérêt euh...

— Quel autre... Enfin, en tout cas... ouais, quel intérêt t'as pu y trouver euh... ou quels intérêts t'as pu y trouver maintenant euh...

— Ben, c'est assez euh... là aussi hein, c'est vraiment tout bête mais c'est assez euh... rassurant de se rendre compte - c'était la première fois dans ma formation - euh... de se rendre compte que on fait tous des erreurs, on est tous là-dedans y a pas de... y a pas de super médecin, tu vois euh... qui ne se planterait jamais ou qui n'aurait jamais fait aucune erreur. Euh... on en a tous fait, ça nous est arrivé, ça nous arrivera probablement après et maintenant voilà, l'objectif euh.. et de notre travail et de... de ce genre de travail là, le... celui que tu proposais c'est, c'est de nous aider à en faire le moins possible et c'est ça qui euh... enfin moi, c'est ça que je voudrais entretenir, tu vois. C'est en quoi on peut encore faire mieux sans forcément se... se flageller tous les jours des anciennes erreurs qu'on a pu faire.

— Hmmm.

— Et avoir peur des prochaines qu'on fera, quoi, tu vois. Euh... autre intérêt, on est juste des humains, quoi (rires étouffés).

— OK, euh... alors maintenant, par rapport aux cas des autres euh... qu'est-ce que tu as pensé, justement, des cas présentés par les autres euh... les autres internes, ce jour-là ?

— … Sincèrement, j'm'en souviens pas... Je vais essayer de... réfléchir un peu mais...

— Sans forcément essayer de te rappeler dans le moindre détail euh... chaque cas mais au moins, globalement... globalement euh... quelle était ton impression, on va dire générale, sur le... sur les cas qui ont été présentés par les autres ?

— … Mon impression sur leurs cas présentés... Je me souviens pas de mon impression sur les cas présentés.

— ...

— … Euh... J'm'en souviens pas... J'arrive pas à me souvenir d'un de mes collègue en train de présenter son cas et qu'est ce qu' y avait dedans, quoi.


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

- D'accord... Et globalement, même sans se souvenir euh... précisément des choses, est-ce que... euh... est-ce que les situations qu'ils avaient décrites euh... euh... - comment dire - t'étaient familières ou euh...
- Oui... J'me souviens maintenant qu'il y avait euh... quelques situations de... euh... de problématique sur l'organisation des soins et ses conséquences ensuite sur euh... la prise en charge.
- Hmmm.
- Euh... c'étaient des situations... Si, ça y est, j'me souviens bien d'une insuffisance rénale provoquée par je sais plus quel médoc plus euh... un produit de contraste ou j'sais pas quoi… Mais oui, c'est des situations qu'on a déjà sous... Alors pas forcément vues mais en tout cas entendues euh... entendues plusieurs fois et justement c'est euh... c'est en faisant attention à... à vérifier la fonction rénale, en temps et en heure, avant tel ou tel examen, que... c'est en entendant ce genre de situation qu'on pense justement à le vérifier avant, quoi, à pas se faire avoir comme nos collègues, quoi.
- Hmmm..
- Hmm.
- Euh... et euh... Alors plus sur l'analyse euh... Comment s'était passée, donc selon toi, l'analyse justement des cas des autres internes ?
- … Il me semble qu'on avait euh... on avait réussi à préciser, à peu près, ou en tout cas à détailler euh... euh... l'influence des différents facteurs dans le... dans le... l'erreur qui avait pu être commise. Euh... que ce soit des... des facteurs juste sur la communication ou alors sur l'organisation des soins, comment est-ce qu'on arrive à se parler, à anticiper pour le patient.
- Hmmm
- Euh... ou des facteurs euh... je dirai de... d'erreur personnelle. On avait réussi à mettre en évidence euh... que, dans tel ou tel cas, il s'agissait a priori davantage d'une… d'une erreur d'organisation ou de... de mauvaise communication entre personnel soignant. Voilà, j'me souviens de ça, vite fait... Hmm
- Euh... est-ce que tu te souviens un peu euh... des actions d'amélioration qui avaient été proposées justement lors de la séance, que ce soit pour euh... pour le cas que t'avais présenté ou pour d'autres euh... ou pour d'autres cas.
- … (petit claquement de langue) Non, je me souviens pas d'action d'amélioration euh.... globale, tu vois.
- Hmmm.
- Euh... j'me souviens m'être dit euh... « ben tiens, faudra que... faudra que tu fasses attention à telle situation euh... Tiens, c'est là où toi, ça te touche. » Moi, ça me... ça me... ça me parlait directement.
- Hmmm. Une situation précise euh... par exemple ?
- Euh... ouais j'pense à... cette fonction rénale à surveiller, avant... avant tel examen.
- Hmmm.
- Euh... quand on a quinze milles choses... en cours euh... qu'y a... une imagerie qui est programmée, déjà à l'avance et que... ben, c'est le jour J et qu'on a la tête dans plein d'autres trucs, euh... avoir le... le réflexe de juste vérifier, vite fait, sur l'ordinateur, quelle était la fonction rénale du matin, c'est euh... mouais ça peut aider.
- (rire bouche fermée)
- Ça peut aider, même si l'avant-veille, elle était bonne... J'me souviens pas exactement de... de... de méthode entre guillemets ou d'action de... de prévention d'une erreur euh... globale. Je, je suis pas certain que.. J'pense pas que c'est même comme ça qu'on les avait présentées euh... c'est un peu euh...
- C'était effectivement pas forcément le but euh... plutôt trouver en fait des actions euh... assez concrètes à mettre en œuvre facilement, quoi.
- Hmm... Si j'm'en souviens pas c'est que...
- (sourire entendu) Plus généralement, est-ce que t'as changé... est ce que t'as noté, pardon, des changements dans ta pratique après la revue de morbi-mortalité ?
- … pfff... (inspiration)... C'est discret mais je pense que… (raclement de gorge) Ouais, globalement, ça, ça... J'apprécie de voir - quand j'prends un tout petit peu de recul sur mon travail - j'apprécie de voir que, à... à un moment, dans une prise en charge, dans ma tête avec le patient, j'ai fait juste une toute petite pause - quelques secondes, prendre deux-trois pas de recul - et voir c'qui... essayer de voir, avec un tout petit peu plus de distance, si jamais j'oublie pas quelque chose dans le... dans la prise en charge bien globale, bien large euh... parce que j'sais que j'ai tendance à partir avec une idée pré-conçue, à focaliser un petit peu trop et donc que j'peux passer à côté de... de quelque chose d'autre.
- Hmmm...
- Donc, des fois, faire une toute petite pause, reformuler un tout petit peu avec le patient, rediscuter de ce qui se passe, ce qu'on est en train de faire, ce qu'on programme, juste reprendre un peu les choses avec lui, ça m'aide à... ne pas oublier d'autres trucs, avoir une... une vision un tout petit peu plus large. C'est.... ouais, c'est un objectif, j'aimerais bien être de plus en plus capable de... (reniflement) de voir les choses dans leur ensemble sans pouvoir tout régler euh... du premier coup avec toute le... Je vais pas... je vais pas guérir tous mes patients, d'un coup, comme ça, sur tous leurs soucis mais euh... mais juste essayer de... d'élargir un peu mon champ de vision. Ça ouais, ça je... j'aimerais bien et j'pense que cette... ce travail là euh... rappelle à quel point ça peut être important, à mes yeux en tout cas.
- Hmmm.
- À mes yeux, ce travail-là rappelait en quoi c'était important et euh... Et voilà, du coup, c'est euh... là où ça m'aide, c'est à garder ce... ce point de vue là... ou... ou m'en souvenir dans des situations où j'ai tendance à l'oublier.
- OK… Euh... d'un point de vue plus personnel, du coup euh... quel changement la revue de morbi-mortalité a-t-elle... avait-elle permis dans le ressenti que t'avais de... de l'événement que t'as présenté ?
- Ben, comme je disais, ça m'a... ça m'a bien soulagé, quoi... (reniflement) Euh... ça m'a soulagé de... de comprendre et d'entendre de la part de mes pairs que... (reniflement) que... cet événement que... j'attribuais quand même à... à mon oubli était, en fait euh... euh... presque écrit. C'était écrit que j'pouvais pas y faire grand-chose.
- Hmmm.
- Euh... voilà, ça m'a rassuré de me rendre compte euh... de façon très concrète, là aussi hein - pas que dans, dans... dans des bouquins ou... dans deux-trois phrases euh... à la pause café, quoi - mais de me rendre compte concrètement que les erreurs euh... arrivent... qu'elles arrivent à tous, malgré tous nos efforts pour les éviter hein, elles se... elles peuvent quand même arriver. Ça... ouais, ça aide un peu à vivre avec, quoi... Voilà, ça... ça continue à... ça continue à... à... titiller un petit peu ma vigilance pour euh... justement, faire en sorte de... d'être le moins mauvais possible. (rires étouffés)
- Euh... et, du coup effectivement, dans... ton avis plus général, euh... est-ce que euh... est-ce que tu penses que ça peut apporter quelque chose, par rapport à ton vécu des événements indésirables plus... plus généralement ?
- Tss... est-ce que ce travail-là m'a apporté quelque chose par rapport à mon vécu des événements indésirables ?
- Ouais est-ce que euh... enfin... quels apports y'a pu y avoir justement de la revue de morbe euh... de la re (sourire dans la voix) de morbi-mortalité euh.... par rapport aux... aux événements indésirables qui ont pu à nouveau arriver dans ta pratique, quoi ?
- … tss. Aah, d'accord. Quelle influence ça a sur, maintenant, les erreurs euh... que j'commets, c'est ça ?


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Euh... Oui, oui. Quelle influence, alors pas forcément les erreurs, mais du moins quelle influence ça a pu avoir euh... depuis euh... qu'on a fait ce travail, sur la façon dont tu vois... la façon dont tu ressens les euh... les événements indésirables ?
- …..(reniflement)... les miens ou ceux de....
- (inspiration) Ceux auxquels tu peux être confronté, quoi, soit directement parce que, effectivement, tu es impliqué, soit indirectement parce que c'est quelque chose qu'on te rapporte ou...
- ...(reniflement) Ben, j'me dis que dans dans l'immense - enfin dans ce que j'ai vu en tout cas - dans le... l'énorme majorité des cas euh... y a des choses qui peuvent être évitées quand même.
- Hmm.
- … Si jamais elles peuvent pas toutes être évitées, elles peuvent plus ou moins être réparées. Des fois, on peut faire les deux, on peut et les éviter ou, quand elles arrivent, on peut aussi les réparer, derrière euh... (reniflement)... Là, voir en point de mire le fait de... de parler d'événements indésirables, ça me permet aussi de... euh... ben de l'éviter au maximum, quoi... euh... et réfléchir ensemble après comment est-ce qu'on peut éviter... rectifier le tir c'est euh... c'est quand même... c'est quand même important... (inspiration).... J'ai eu euh... j'ai fait une autre bêtise, dans... dans ma pratique, dans ce stage. J'ai repensé au travail qu'on avait fait euh... et que tu nous avais proposé, il y a six mois, là avant.... euh... Et, du coup, moi, mon... ma façon de le prendre en charge, ça a été, justement de euh... de voir comment est-ce que je pouvais corriger derrière cette bêtise que j'avais faite euh... Voilà, alors je sais pas si j'utilise exactement les méthodes que... dont on avait parlées ou qui qui avaient été proposées mais euh... mais de voir que, bon ben, voilà on... on peut continuer à faire des conneries euh...
- Hmmm...
- … et être le... 'fin, j'pense qu'il faut juste pas fermer les yeux dessus, quoi tu vois.
- Oui
- Et euh... (reniflement) voilà, c'est pas en oubliant ou en se disant que c'est pas grave que ça va... ni rectifier la situation ni éviter que ça se reproduise. Au contraire, j'pense qui faut qu'on... y faut qu'on aille euh... entre guillemets, chercher notre merde, quoi euh... voir où est-ce que ça pu... et voir en quoi est-ce qu'on peut nettoyer tout ça, quoi... et éviter que ça se reproduise.
- D'accord.
- Alors des fois, la merde, elle est posée, hein on peut... des fois, on a vraiment fait une connerie mais euh... voilà, y a toujours quelque chose à en faire quoi euh... Ce travail, il est, il est... parler des événements indésirables pour euh... pour euh... nous les médecins, ça peut être euh... ça peut être un peu délicat de, de... cette euh... cette remise en question que ça nous demande mais elle est, elle est vachement nécessaire parce qu'elle nous permet d'être meilleurs, tout simplement, voilà... Donc voilà, moi ça m'apporte ça.
- D'accord.
- Euh... j'suis pas meilleur mais j'suis pas forcément plus mauvais que les autres. C'est ça que ça me renvoie, c'est ça que j'ai envie de retenir et euh... et ça me renvoie le fait que on peut faire, on peut faire quelque chose quoi, on peut... on peut améliorer les choses... euh... voilà faut... faut avoir un tout petit peu de courage mais faut le faire, c'est nécessaire.
- (inspiration) OK euh... alors maintenant, plus donc sur la méthode en fait euh... qu'est-ce que tu as pensé justement de... ben de la méthodologie de la revue de morbi-mortalité pour euh... pour évoquer justement ces événements indésirables
- … c'était euh... c'était cadré, dans... dans ce que tu nous proposais, c'était relativement bien cadré. On... sortait pas dans... ça, ça, ça partait pas dans tous les sens.
- Hmm.
- Donc ça, c'est bien le... d'avoir un peu des limites et, en même temps, c'était suffisamment euh... large avec une... une expression libre pour euh... pour permettre euh... Ben, l'expression de... de l'expérience de chacun et ça, c'était, c'était bien aussi, quoi... Ouais c'était bien.
- OK, euh... et le cadre, en gros, comme ça euh... limité... également.
- … Indispensable, oui... Ah ouais, indispensable, petit groupe euh... Le p'tit groupe quoi... petit groupe parce que euh... euh... on n'a pas la même écoute et la même vigilance pour entendre euh.. cinq euh...six, huit ou vingt-cinq personnes.
- Hmmm.
- Et euh... le ca... le cadre que tu proposais, il était bien aussi parce que... euh.....(inspiration) c'est pas évident deee... deee... de reconnaître ses torts... a fortiori, devant un groupe.
- Hmm.
- Et bon, on était déjà dans un groupe de GEP qui se connaissait depuis quelques séances - un an, quelque chose comme ça ou presque - et euh... et dans lequel y avait déjà une forme de confiance qui avait euh... qui avait été euh... construite (reniflement).
- Hmm.
- Euh... on était pas des inconnus euh... les uns pour les autres, on connaît notre... notre médecin euh... directeur de GEP euh... Voilà, j'pense que çaaa... ça, c'était des conditions qui nous permettaient de faire un bon boulot, tu vois, parce que ça permettait dee... d'être euh... honnête direct euh... et de dire ce qu'on avait à dire, quoi... Donc, c'était bien. Ouais, le cadre était bien.
- OK.
- J'aurais, j'aurais pas mis euh... plus de participant, tu vois. C'est pas un truc dans lequel euh... t'as envie qu'il y ait trente personnes, quoi. Tu t'dis : « Putain, au bout du quinzième, ça... » (rires étouffés)
- Euh... selon toi, est-ce que euh... Enfin, une séance comme ça, une revue de morbi-mortalité apporte quelque chose, par rapport à d'autres enseignements euh... ou d'autres ateliers qui sont en place euh...dans le département de médecine générale.
- Ben ouais. Ben ouais (rire franc). Ouais, ouais. J'ai envie de dire évidemment, euh... C'est la première fois et c'est la seule fois, d'ailleurs, que... qu'on m'a proposé ce travail-là. Ça fait euh... dix huit mois que je suis interne, quoi euh... J'ai pas l'impression, qu'au sein de mes études euh... euh... d'interne, on m'ait proposé de revenir et sur ce qui avait pu être douloureux, dans ma courte carrière d'interne, et sur euh... ce qui pouvait me déranger, moi dans ma propre pratique, dans MA façon à moi d'être médecin euh... et c'est peut-être dommage euh... Alors ok, on, on fait plein d'ateliers qui sont... d'un intérêt euh... qui sont d'un intérêt et... il manque à mes yeux hein... euh... il manque des temps d'expression avec un cadre mais une liberté dans la parole – ce que tu nous proposais aussi – euh... pour justement euh... euh... sortir du cadre des bouquins, des formations, des... des euh... du moule, quoi. Parce que... euh... parce qu'on vit des choses, on est avec des personnes, ça rentre pas forcément toujours dans ce moule-là, quoi... Alors, oui. Ta question, si j'ai bien compris, c'est est ce que euh... est ce que... ça peut apporter quelque chose.
- Est-ce que... Ouais.
- Euh... Oui (rire). Oui, je pense que ça peut apporter quelque chose, très clairement euh... Les médecins, i... ils s'organisent, ils font... une fois qu'ils sont diplômés, et tout ça, ils ont des groupes Ballint, ils ont plein de, de... de formations organisées et... ou qu'ils créent eux-mêmes pour euh... pour voir, pour se parler, pour euh... se rendre compte qu'ils sont pas tout seul, pour se rendre compte qu'ils ont euh... une pratique qui est pas forcément très différente de leur voisin, pour euh... parler de leurs emmerdes euh... On a pas ça, nous les internes. On a pas ça alors qu'on tape nos soixante heures par semaine, quoi. On a largement euh... autant de vécus euh... difficiles, dérangeants euh... qui plus est avec des armes qu'on est encore en train de se construire là, donc on est un peu tout nu face à l'adversité, quoi,


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

et euh... et pouvoir se dire les choses, c'est, c'est, c'est vachement important, quoi. C'est vachement important.

- OK euh... Donc, tu serais d'accord, éventuellement, pour recommencer ce type de groupe d'échanges euh..?
- Ouais, ouais. Tout à fait... C'est quelque chose qui euh... alors je sais pas, toi dans dans... comment c'est.. ça peut être présenté à la fac mais je pense, clairement, que ça peut être un plus dans notre formation.
- Hmm.
- Donc euh... si la fac euh... on reconnaissait ce principe. Moi, je... moi, je suis volontaire, quoi. Je suis volontaire, j'pense que... On passe notre temps, nous les internes, dans tous les internats de... de France, à la pause euh... à midi, pendant le café, le soir autour d'un... d'un verre ou ailleurs à se... à reprendre nos patients, à dire ce qui s'est passé, à quel point on a eu une journée merdique, à dire euh... qu'on a été en difficulté, dans telle et telle situation et on fait ça entre nous...
- Hmmm.
- Sans qu'il y ait forcément ni tuteur ni euh... entre guillemets, grande personne. Nos pairs, nos aînés, nos seniors, qui nous aident là-dessus euh... la seniorisation, on sait déjà qu'elle est... bancale, dans énormément de services euh... hospitaliers, dans lesquels on passe. On a pas forcément toujours le senior qui a le temps et qui a... l'attention euh...volontaire...
- Hmmm.
- Euh... d'entendre ce qu'on a à dire sur là où est-ce qu'on est un peu en galère, là où on peut même euh... éventuellement souffrir hein, psychologiquement et tout euh... Et je pense que ça, ça fait partie des choses qui euh... qui peuvent nous aider, quoi.
- OK.
- … Parce qu'on le fait, on en a besoin. Déjà, on le fait sans cadre. Pourquoi pas proposer quelque chose d'un tout petit plus... formel, tu vois, dans le bon sens du terme, avec des référents, avec des professionnels, avec euh... nos pairs, voire éventuellement... ouais, des... pourquoi pas des psycho, pourquoi pas euh... je sais pas moi, d'autres... d'autres personnes qui sont des professionnels de... de... de l'expression en groupe, quoi.
- OK... Alors, on arrive vers la fin là. Est-ce qu'éventuellement t'aurais d'autres remarques à faire euh... sur un peu...
- (rire)
- (rire) n'importe quel point qu'on vient d'aborder ?
- … tstt et ben... tstt... Et ben, je trouve que c'est, c'est euh... c'est un travail qui tire vers le haut.
- Hmm.
- Euh... on est en train de, de regarder ce qui est déplaisant à voir et d'analyser ce qui nous est euh... difficile à admettre ou ce qui est douloureux et euh... Alors, on regarde ce qui est pas beau, hein. Mais, paradoxalement, ça nous aide à être meilleurs et c'est bien euh... c'est bien.
- OK... Et est-ce qu'éventuellement t'aurais des suggestions euh... à faire pour améliorer un peu le dispositif euh... à quelque niveau que ce soit euh... justement de la revue de morbi-mortalité.
- … Et ben, je pense que c'est une bonne chose. On en a parlé, d'ailleurs, avec euh... notre médecin référent de GEP, qui nous propose de le refaire chaque année.
- Hmmm.
- Et euh... et le groupe s'est porté volontaire. Le groupe a dit : « Ouais, ouais. On est bien d'accord ». Euh... on a fait... on fait six GEP par an euh... euh … La question c'était : « Est-ce que vous souhaitez, après la présentation et le travail que proposait Guillaume, est-ce que vous souhaitez refaire ce travail-là, l'année prochaine ? » On est volontaire pour sa euh... proposition. Moi je... je propose que ce travail soit euh... proposé à tous les groupes de GEP euh... et ça pourrait être pas mal aussi que... que ce soit proposé, peut-être d'une façon sensiblement différente, mais que ce soit re-proposé dans nos études, à la fac, via des MG ou via les groupes qu'on peut constituer à la fac.
- Hmmm...
- Ce serait intéressant.
- OK et ben, écoute, je pense qu'on va s'arrêter là.

### 1er groupe - Entretien N° 5 du 21/03/2014

- Alors, bonjour et merci donc de m'accueillir pour euh...pour cet entretien. Euh... comme je l'avais expliqué, lors des précédentes étapes, toute la démarche est réalisée dans le... enfin dans le... dans le cadre du travail de ma thèse...
- Hmmm...
- qui s'intéresse à la qualité et la sécurité des soins chez les internes de médecine générale.
- Ouais...
- Le but euh... était de tester donc la revue de morbi-mortalité en tant qu'outil d'amélioration de la pratique...
- Hmmm...
- euh... et également pour permettre de revenir sur des situations, qui on pu être vécues de manière un peu plus délicate. Euh... alors avant de débuter, je veux t'informer que tout l'entretien sera enregistré, que je retranscrirai entièrement euh... l'entretien également pour euh... travailler dessus. Malgré ça donc je... tout restera anonyme et ton nom n'apparaîtra pas dans le... dans le travail final, quoi.
- OK.
- Euh... alors pour débuter, j'ai quelques petites questions à te poser sur ton parcours déjà. Euh... alors déjà, sans indiscrétion ton âge si euh... (sourire)
- 27 et demi, 28 dans un mois, donc...
- D'accord.
- Tu peux mettre 28.
- Euh... quels semestres est-ce que tu avais validé, justement, au moment où on a fait la... la revue de morbi-mortalité ?
- C'était quand déjà ?
- Euh... c'était le 18 septembre.
- J'en avais... j'avais validé mon premier semestre et j'étais en cours de validation de mon deuxième.
- D'accord. Et,du coup, c'était quoi les stages que t'avais faits ?
- Les urgences, à X.
- OK. Et donc celui où t'étais actuelle...
- En médecine adulte à Y.
- OK Euh... toutoutou.... et donc tu étais au deuxième semestre, hein, c'est ça ?
- Ouais, c'est ça.
- Voilà. Donc là, on va attaquer vraiment. Euh... avant d'en faire une dans le cadre de... de mon travail de thèse, est-ce que tu avais déjà entendu parler de la revue de morbidité et de mortalité?
- Ouais.
- Ouais ?
- Ouais.
- Alors, dis moi.
- Je... l'avais faite aux urgences, à X.
- D'accord.


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

— Ben... ils en faisaient plusieurs et j'étais allée à une. Ça tombait pendant mon stage.

— OK. Euh...donc t'avais participé un peu aux... débats ?

— Euh... ben, on y était surtout allé voir comment ça se passait mais, oui, on avait posé quelques questions. C'était assez intéressant.

— D'accord. Euh...t'avais peut-être pas eu l'occasion de présenter toi même un cas, en revanche ?

— Non. Non, parce qu'en plus, c'était au début euh... au début où on y était euh...

— OK. Et c'est quelque chose qu'ils font régulièrement, justement, là-bas ?

— Ouais. Ils en font... ben sur six mois, ils en avait faite une donc ils doivent en faire deux à trois par an, je pense.

— OK

— Plus une pour le SMUR ou un truc comme ça.

— D'accord.

— Avec tout le personnel. Enfin, les infirmiers, les médecins, les AS...

— D'accord, donc une vraie RMM de service euh...

— Ouais, ouais. C'est ça.

— OK. Euh...alors maintenant sur l'organisation et le déroulement de... du travail, euh... comment est-ce que t'avais trouvé les explications orales que j'avais données, lors de la séance de présentation ?

— Boh, c'était clair. Je m'en rappelle plus trop mais...

— (rire)

— Non, pour moi c'était... c'était assez clair. Y avait eu des compléments, un peu, avec l'écrit après mais euh...

— Hmmm... Alors, justement ben... c'était la question suivante : comment est-ce que t'as trouvé également les... les explications qui avaient été données à l'écrit ?

— Ben, les explications à l'écrit c'était hyper clair. Enfin ça... peut-être j'avais deux ou trois questions à l'oral et j'ai eu les réponses... au moment où t'as envoyé l'explication écrite.

— OK. Donc, globalement... avant d'arriver euh... le jour de la RMM, t'avais une idée... précise de ce qui était attendu ou.. ?

— Ben... vu que j'en avais déjà faite une à X, j'me dis que ça se passerait un petit peu pareil et qu'on allait... ben décortiquer plus ou moins les cas, voir euh... qu'est ce qui avait été fait, comment on aurait pu éviter et comment on aurait pu mettre en place... pour pas que ça arrive.

— OK. Euh... alors, sur le choix du cas maintenant, euh... comment s'était passé, justement, le choix du cas que tu avais présenté, toi ?

— Alors, ça a été un peu compliqué parce que en fait pendant trois mois au... Ben, sur les cas de X, j'avais plus rien sous les yeux donc j'aurais peut-être pu en trouver un ou deux aux urgences mais j'avais plus les dossiers ni rien...

— Hmmm...

— À Y, pendant les trois premiers mois, j'étais en hôpital de semaine donc y avait pas grand chose. C'étaient des patients qui venaient, qui étaient bilantés en hémato, en diabéto, des rééducations etc. donc là... Et je venais de passer début septembre... début août, je venais de changer, de passer dans le service conventionnel, j'avais eu trois semaines... deux semaines de vacances donc, en fait, j'avais pas... énormément de dossiers sous la main.

— Mouais.

— Et puis, au final, j'ai trouvé une insuffisance rénale que j'avais récupérée donc... j'me disais que c'était bien. Et euh... si ç'avait été quinze jours plus tard, j'aurais eu un autre cas qui s'était passé, genre deux jours avant la... la RMM, qui aurait été encore plus intéressant, je pense.

— D'accord.

— Mais, c'était trop tard pour que... je puisse...

— Pour le préparer.

— Ouais.

— OK. Euh... est-ce que tu avais déjà discuté, justement, du cas que tu as présenté... avec quelqu'un..?

— Ben, avec ma chef. Enfin, c'était euh... si je me rappelle, hein... c'était une insuffisance rénale suite... qui était pass... dans le cadre d'une rhabdomyolyse, qui venait des urgences, avec des CPK qui avaient pas été réalisées, chez une dame un peu âgée. C'est vrai que, quand elle est arrivée... Voilà, elle c'était une néphro, elle trouvait ça pas normal, quoi.

— D'accord.

— Mais après, pas plus que ça parce que, globalement, en néphro on voit quand même beaucoup de iatrogénie. Et des trucs comme ça quoi, c'est un peu... on est habitué, quoi. (rires)

— OK. Euh... maintenant sur la présentation, justement : de ton point de vue, comment s'était passée la présentation de ton cas ?

— Hmm bien... De ce que je me rappelle... Comment, moi, j'avais présenté mon cas..? Enfin...

— Alors, pas forcément comment toi, t'avais présenté mais... ce que t'avais pu ressentir ou euh... quelles étaient tes impressions, justement, au moment où euh... où tu parlais de ce cas euh... que tu présentais devant le groupe, quoi ?

— Euh... ben, rien de particulier... Je... Non, c'était... c'était... Enfin non, y avait pas eu de... de souci particulier. Après, c'était un cas assez simple donc c'est... c'est évident, y avait pas trop de disc... Enfin, donc du coup, c'était assez... ouais, assez clair et assez...

— D'accord, donc pas...

— Non...

— Pas de souci particulier, comme tu dis...

— Non, non.

— OK. Euh... alors, toujours de ton point de vue, maintenant, comment s'était passé... enfin comment euh... qu'elles étaient tes impressions, on va dire, euh... au moment où on a fait l'analyse du cas, justement ?

— ... Je me rappelle plus. Euh... je sais pas... je sais plus... je sais plus ce qu'on avait dit... sur mon cas. Faudrait que je relise le truc avant de te dire...

— (rire étouffé)

— Euh... mes impressions au moment de l'analyse du cas. Je sais plus... Ben, hormis le fait que... voilà, le gros souci, c'était le dosage des CPK donc, en effet, ça aurait dû faire partie du bilan... général. Euh... y avait pas eu grand chose... d'autre qui était ressorti puisqu'y avait pas... enfin... donc euh...

— (rire) Rien de plus.

— Non. Non, je sais... Après mes impressions...

— Euh... qu'est ce que les autres internes, justement, avaient pu apporter... sur le... enfin sur le le... enfin la discussion, le... autour de ton cas ?

— … (soupir) De... de base, c'était pas un bon cas pour une RMM parce que c'était un truc qu'était... enfin, qu'était clair dès le début. Y avait... le dosage des CPK, c'était ça... Donc je suis pas sûre que dans la discussion euh... à part dire qu'il faut penser à doser les CPK chez une personne âgée qui est tombée, qui est restée par terre, je suis pas sûre qu'y ait grand chose de plus qui puisse ressortir donc euh...

— Ouais...

— Donc ça, c'est plus de... du connu de tous donc j'suis pas sûre que... Effectivement, y a eu euh... Je suis pas sûre qu'on en ait


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

discuté pendant très longtemps, quoi. Parce que c'était… assez évident, assez clair...

— Ouais.

— c'était pas forcément un cas... un très bon cas, quoi... Enfin...

— Pas forcément un cas... qui serait discuté...

— qui serait discuté, vraiment... Voilà, c'est ça.

— D'accord.

— Ouais. Je le savais, de toute façon, en venant. Enfin...

— Ouais, ce que tu me disais au début. En fait, t'avais pas eu forcément énormément de temps...

— Ouais, non, c'est ça... ouais c'est ça.

— pour euh...

— Ouais, c'est sûr que l'autre il aurait été beaucoup plus... il aurait été beaucoup mieux mais c'était la veille donc... un truc comme ça...

— D'accord. Plus délicat à présenter.

— Ouais, c'est ça.

— Euh... alors, maintenant, par rapport aux cas des autres... justement, ben qu'est ce que t'avais pu penser, un peu, des cas qu'ils avaient présentés ?

— Ben, y'a eu quelques trucs... de souvenir, comme ça, je sais plus ce qu'ils avaient présenté exactement mais euh... je sais qu'on avait eu des trucs intéressants... des discussions euh... intéressantes. C'était assez varié donc euh... Non, c'était bien.

— … OK. Euh… les situations qui étaient présentées euh... est-ce qu'éventuellement elles te parlaient est ce que ça te...

— Euh... de souvenir, je pense qu'y avait des trucs qui me parlaient euh... du déjà vu, d'autres qui paraissaient un peu plus bizarres mais euh...

— Hmmm...

— Mais oui, je pense qu'y avait déjà des situations... soit auxquelles j'avais été confrontée... soit j'avais déjà entendu... enfin des trucs un peu... ou en tout cas à chaque fois, je me dis : « Bah ça, ça aurait être euh... ça aurait pu m'arriver à moi. », quoi.

— D'accord.

— Donc, ouais c'était assez... C'est pas le truc tiré par les cheveux... qui arrive qu'une seule f... enfin, tu vois c'était pas...

— Oui. Ben, c'était pas le but non plus mais...

— Oui, non mais voilà...

— OK. Euh... comment s'était passé euh... maintenant, ben le... le... le moment de l'analyse, justement, des autres internes, de... de ton point de vue ?

— Moi, j'avais trouvé ça hyper intéressant. Enfin, tout le monde avait pu parler... Non, c'était chouette, c'était cool... Enfin... pour tous les trucs, on avait quand même réussi à avoir une discussion... discuter des sujets...

— Hmmm.

— Donc c'était plutôt... Non, c'était plutôt bien.

— OK et... ta participation à toi ?

— Ben, en ce moment je parle beaucoup donc... (rires) donc euh... non je pense que... Ben y avait peut-être quelques trucs qui me parlaient pas trop, notamment des sujets de pédiatrie et tout ça... pédiatrie, gynéco parce que à l'époque euh... j'avais pas fait de péd, j'avais pas fait de gynéco donc c'est difficile de... de parler de sujets, de discuter sur des sujets où en fait euh... t'y connais pas grand chose et tu vois... tu te rends pas compte de ce que c'est. Je crois qu'il y avait eu une RMM de péd'... au moins un truc de péd' et de gynéco... Et c'est vrai que là, ben... voilà c'était un peu... Effectivement, on avait pas trop grand chose à dire. Ne serait-ce que, de base, on... enfin, c'est pas qu'on comprenait pas mais on se rendait pas compte de comment ça se passait...

— Ouais...

— de ce que ça représentait etc.... donc c'est difficile de... de se mettre à la place d'eux et de voir comment ça aurait pu... Donc y avait peut-être ça, sur des trucs un peu... qu'on avait pas encore fait ou, en prat' aussi, enfin en ambulatoire ou de médecine dont on a pas l'habitude, et pareil, où c'est difficile de... de se représenter comment ça se passe et, du coup, d'analyser, de pouvoir...

— OK. Et, globalement... enfin, qu'est-ce que tu penses, justement, de la façon dont tu avais pu participer, ce jour-là ?

— C'était bien.

— D'accord. (rire) Alors maintenant, à propos de l'impact, justement de... de la revue euh...qu'est ce que tu as retenu, éventuellement, des actions d'amélioration qui avaient été proposées... euh... suite à chaque cas.

— Je m'en rappelle plus. En fait, y avait pas grand chose sur les cas précis mais...

— Ouais...

— après... Euh... les cas je me rappelle plus ce que c'était. Après, si on... on se replongeait dans les cas... je dirais : « Ah oui, là on avait dit ça ! ». Mais comme ça... C'étaient des trucs qui me paraissaient logiques, sûrement, mais... Donc après, est-ce que, inconsciemment et indirectement... c'est resté mais, là comme ça, te redire exactement...

— D'accord. Mais est-ce que, globalement, t'as l'impression que... ta pratique a changé ou, du moins, que ça t'a apporté quelque chose... après, dans ta pratique ou..?

— Ah ben, je pense. Après... En fait... en plus, après je suis passée en pédiatrie, donc c'est pas forcément les mêmes cas, les mêmes situations, etc. mais je pense que, globalement, de toute façon, le fait de discuter ça... ça a forcément un impact, on fait attention à certaines choses et... Donc je pense que oui.

— D'accord. Sans pouvoir dire exactement quoi, mais...

— Non, sans pouvoir dire, non.

— OK. L'impression d'avoir... d'avoir retiré quelque chose de tout ça ?

— Oui.

— OK. Euh... d'un point de vue plus personnel, est-ce que... la RMM avait permis des changements dans le ressenti que t'avais de l'événement que t'avais présenté ?

— Non.

— OK.

— Non, je pense pas.

— Et, d'une manière générale, est-ce que ça avait pu... euh... changer quelque chose dans la vision que t'avais des événements indésirables ?

— … Euh... l'ensemble de la RMM ?

— Euh... enfin oui...

— Ben, ça... ça a encore plus confirmé... enfin... l'idée des plusieurs murs... que tout passe à travers ; c'était une idée que j'avais déjà un peu mais ça a vraiment accentué le truc. Enfin, à chaque fois, y a plusieurs trucs, quoi. C'est... ça passe à travers toutes les mailles du filet et...

— Hmmm...

— donc ça a vraiment confirmé ça parce que tous les cas c'était un peu ça. En règle générale, y a jamais juste... enfin, y a eu plusieurs étapes et à chaque fois ça a foiré. Et tous les trucs que j'ai pu voir... autour de chez moi, c'était ça et... notamment, celui que j'aurais voulu pré... enfin, qui était arrivé la veille. Là, c'était clairement... enfin clairement, on peut identifier plein de facteurs et, à chaque fois, c'est passé à travers, quoi.

— D'accord.


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Donc ça a vraiment confirmé... ce qu'on nous dit, tout le temps, mais là, c'était vraiment imagé et c'était vrai. Enfin, c'était clairement... c'était bien pour ça. Enfin...
- OK. Au moins, voilà, ça...
- Ouais.
- Ouais, ça a amélioré, en tout cas, cette perception que t'avais déjà un peu...
- Ouais. Ouais.
- OK... Euh.... alors, si t'en avais déjà discuté un petit peu auparavant, qu'est-ce que la présentation, en... en... revue de morbi-mortalité, a pu apporter euh... sur euh... enfin euh... Attends, je vais reprendre... Qu'est-ce que la présentation, donc ce jour-là... lors de la revue, a pu apporter en plus... des discussions que t'avais pu avoir avec ta chef... du cas... du cas que t'avais présenté ?
- … Euh... pas grand chose.
- Hmmm...
- Je pense, encore une fois, parce que c'était un truc hyper simple et... je pense que... Mais non, pas grand chose... de plus.
- D'accord. Euh... alors maintenant, plus sur la méthode vraiment, euh... qu'est-ce que tu penses, vraiment, de... de la méthodologie de la revue de morbi-mortalité pour... parler d'événements indésirables ?
- Ah ben, c'est vachement bien. Enfin, franchement, c'est hyper intéressant... Enfin, moi je suis ressortie de là et je me suis dit : « Tous les GEP, en fait, on devrait faire ça ! ». Et pas faire... des présentations de dossiers, de reprendre des recos qu'on peut trouver... C'est vachement plus intéressant.. je trouve que ça apporte beaucoup plus et je pense que j'ai appris beaucoup plus de choses là que... que sur les différentes choses... et, enfin... Clairement, c'est... c'est ce qu'on devrait faire, je pense... plus que... Ça permet, en plus, de discuter de dossier où, soit on a été mal à l'aise, soit y a des trucs... de voir comment ça se fait, d'en reparler...
- Ouais.
- Donc non, c'était vraiment bien.
- OK. Euh... et justement, ben... selon toi est-ce que... la RMM apporte quelque chose par rapport à d'autres enseignements, d'autres grou...
- Ah ben, oui.
- Enfin, d'autres ateliers, qui sont en place, déjà ?
- Ah, ben oui. C'est clair... Enfin, tu vois quand X (tuteur du groupe) nous a dit que... il allait essayer d'en faire un tous les ans... moi, j'étais super contente, je me suis dit ça va... Enfin, puis ça change... c'était... Non, c'était vachement bien. J'espère qu'en septembre, on fera un... une RMM comme ça et pas... Puis, ça passe... ça passe mieux, c'est plus varié, c'est...
- Ouais ?
- C'est vraiment... Enfin, si tu peux avoir... si tu peux l'imposer à la fac. (rires)
- Ça dépend pas de moi non plus, mais... (rires). OK. Euh... bon ben... Enfin la dernière... la question suivante, c'est : est-ce que tu serais d'accord pour recommencer ce type de groupe d'échange ?
- Ah ben, oui !
- OK. Alors, on arrive quasiment à la fin. Est-ce que tu aurais d'autres remarques à faire, éventuellement ?
- … Non. Par rapport à la globalité de la RMM et tout ça ? Non, je...
- Ouais... enfin euh... quelque soit euh...
- Après, c'est vrai que, du coup... mais ça c'est parce qu'on était super nombreux... mais y a certains trucs où on aurait peut-être eu le temps d'en discuter... mais c'est toujours pareil, tu vois, tu peux, des fois, discuter trois heures et... voilà donc euh... le fait qu'on soit limité peut-être que... y a peut-être des sujets où on aurait pu discuter dix minutes de plus et on a été arrêtés parce que on était nombreux, qu'il fallait que ça rentre dans les clous, qu'on avait dit vingt minutes par personne et...
- Ouais ?
- Mais bon ça, c'est comme tout, hein, faut bien se mettre une limite donc... donc voilà.
- OK. Euh... je vais te poser, en revanche, une autre question, que javais pas spécialement prévue, mais... est ce que... Ben, par exemple, tu me parlais de ce cas, qui est arrivé... la veille, par exemple...
- Ouais ?
- Est-ce que, si t'avais pu présenter... ce cas-là, ça aurait pu changer quelque chose, justement... alors c'est un peu délicat peut-être de se le représenter mais euh... est-ce que tu penses que ça aurait eu un intérêt... plus particulier, justement, pour toi, cette RMM ?
- Ah, ben oui, c'est sûr. Parce que, déjà, rien que ce cas il m'a fait dire qu'il fallait vraiment faire gaffe... enfin, il m'a remis... refait me mettre en question sur certains trucs et réaliser certaines choses donc.. Enfin, c'est un bilan biologique qui avait pas été vu et, clairement... enfin voilà, certes, c'était aux urgences et machin mais... je me suis dit... enfin, tu vois je pense que, du coup, au moins pendant quelque temps, j'ai fait vachement attention à tout regarder, à me faire des notes, à noter... toutes les bio qu'il fallait que je regarde... à tout noter les résultats dans les dossiers, etc. et je pense que... ouais, là y avait vraiment eu un couac. Enfin...
- D'accord.
- Donc oui, je pense que...
- Ça aurait pu... ouais, ça aurait pu changer un peu l'impact...
- Ouais. Ouais, je pense.
- OK. Euh... alors, toute dernière question : est-ce que... est-ce que tu aurais une suggestion pour... enfin qui permettrait d'améliorer le dispositif, que ce soit au niveau de l'organisation, de la discussion, de l'analyse des cas...
- Euh... non. Non, c'était bien.
- D'accord.
- Non, c'était clair... Non, c'était bien.
- OK. Ben, écoute, c'est terminé.
- Bon, ben, parfait.
- Merci de ta participation.

### 1er groupe - Entretien n°6 du 25/03/2014

- Allez, donc ben, bonjour et merci de m'accueillir pour... pour cet entretien.
- Bah, je t'en prie, Guillaume.
- Euh... alors comme je l'avais expliqué lors des précédentes étapes, toute la démarche est organisée pour mon travail de thèse, qui s'intéresse donc à la qualité et à la sécurité des soins chez les internes de médecine générale. Euh... l'objectif est de tester la revue de morbidité et de mortalité dans euh... enfin dans les groupes d'internes, en tant qu'... en tant qu'outil d'amélioration de la pratique et pour permettre également de revenir sur des situations qui pouvaient être vécues de manière désagréable. Euh... alors, avant de débuter vraiment, je veux t'informer que tout l'entretien sera enregistré, entièrement transcrit par mes soins pour... pour travailler dessus. Euh... malgré tout ça, donc, les données resteront entièrement anonymes et donc rien ne permettra de te reconnaître dans le... dans le travail final. Tu es libre totalement de ce que tu déclareras.
- (rire)
- Euh... alors pour débuter, je voudrais d'abord quelques petites


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

info sur ton parcours. Euh... alors déjà, ton âge ?

— 27.

— OK. Quels semestres est-ce que tu avais validés, lors de la RMM ?

— Euh... j'avais fait les urgences, la médecine adulte, la gynécologie...

— Et donc t'étais à ton quatrième semestre ?

— J'étais à mon quatrième semestre, à ce moment-là... Oui. Oui, puisque j'étais pas encore en stage prat'. Oui, c'est ça.

— OK. Et c'était à nouveau médecine adulte ?

— Euh... oui.

— Aller, première question : avant donc de faire la... revue de morbi-mortalité dans le cadre de ma thèse, est-ce que tu avais déjà entendu parler de cette méthode, auparavant ?

— J'avais vaguement entendu cette méthode, oui.

— Ouais ? Dans quel cadre ?

— Je savais pas... je savais pas en quoi elle consistait, par contre.

— OK. Et tu te souviens... vaguement... en avoir entendu parler où ?

— Euh... j'en avais entendu parler par mon père, qui est généraliste et qui a... qui avait déjà eu ces propositions-là, dans des soirées... avec un groupe de pairs, en fait.

— D'accord.

— Voilà, donc euh... donc, c'est vrai qu'on en avait discuté et c'était... intéressant de refaire le... le point sur des... situations, un peu complexes, justement, comme ça.

— OK. Ton père est généraliste à Lyon ?

— Euh... oui, sur Chaponost, une commune juste à côté.

— OK. Ouais, c'est au cercle Paul Savy qu' il avait entendu parler de... de ça non ?

— Oh, je sais pas le nom... (rires) Je sais pas du tout le nom...

— C'est le... les seuls qui organisent des RMM, a priori, sur Lyon.

— D'accord. Donc ça doit être ça alors, faut croire.

— Hmm. Euh... alors, si t'en avais jamais entendu parler, comment est-ce que t'as trouvé les explications orales, que j'avais données lors de la présentation du projet ?

— Ben, plutôt claires.

— Hmmm...

— Euh... plutôt... plutôt claires... bien expliquées... Vu que c'était... une moitié de découverte, c'est vrai que j'avais peut-être moins de questions que les autres, j'en sais rien... mais... ça a permis de bien reposer les bases sur ça, justement.

— OK. Et en ce qui concerne, du coup, le document écrit que j'avais donné, les mails, éventuellement, que j'avais envoyés... pareil, est-ce que les explications étaient... satisfaisantes ?

— Il a fallu que je le relise deux-trois fois pour comprendre les choses, quand même.

— D'accord.

— J'avoue que la... la première lecture... j'avais peut-être pas forcément toutes les informations qui étaient intégrées. Mais en relisant... j'ai... j'ai... voilà, je pense, compris toute la situation.

— OK. Globalement, t'avais une bonne idée de ce qui était attendu ?

— Ouais... complètement.

— OK. De ce qui allait se passer pendant la séance, également ?

— Hmm. Complètement.

— OK.

— Puis, bon, y avait quand même... X (tuteur du groupe) qui nous avait aussi expliqué un peu la... la chose, qui nous avait retranscrit, on va dire, la chose. Donc ça, ça a dû aider.

— Il vous en avait reparlé.

— Il nous en avait reparlé au GEP d'avant, quand... quand on a dit que le prochain, on faisait par rapport à ton sujet de thèse.

— Hmmm...

— Et euh... il nous avait quand même... vaguement donné une... un ou deux exemples. C'est vrai qu'on a... on a pu... voir, concrètement, ce que ça donnait.

— D'accord.

— Donc, je pense que ça a dû influencer, quand même.

— Aussi un peu, sans doute, oui. Euh... alors, ensuite sur le choix du cas, je voudrais savoir donc... ben, pour toi comment s'est passé le... le choix, justement, du cas que tu as présenté ?

— Alors moi, ce choix de cas... J'en avais plusieurs en tête, mais celui-ci, il m'avait marqué parce que je trouve qu'on a... on a été hyper... on a été vraiment très délétère par rapport à la patiente. Et c'est... je pense que c'était des bêtises, qu'on... qu'on aurait pu éviter si euh... si y avait eu un tout petit peu plus de communication. Donc, avec des choses très simples, on aurait pu vraiment éviter une catastrophe. Donc ça, c'est... c'est pour ça que ce cas, il m'a marqué et que ça... et que ça m'avait agacé parce que j'étais donc... l'interne référent de cette patiente...

— Hmmm...

— dans un service où... où les médecins sont peu présents parce qu'ils ont beaucoup de consultations, donc je suis vraiment le médecin de référence et il y a beaucoup de choses qui se sont faites sans que je sois au courant. Alors que, j'aurais été au courant, j'aurais pu bloquer les choses, ça c'est... ça, c'est... ça, c'est sûr.

— OK.

— Donc euh... ça m'avait vraiment, profondément agacé.

— D'accord.

— C'est pour ça que j'avais envie d'en parler.

— (sourire) Euh... ce cas... est-ce que tu en avais déjà discuté, justement, soit avec des médecins référents, soit avec d'autres personnes, autour de toi ?

— Ben, j'en avais discuté avec euh... (raclement de gorge) avec les médecins... chefs du service.

— Hmmm.

— Ça, on en avait remis... on l'avait remis sur la table parce que ça me... ça m'allait pas, quoi. Je pouvais pas laisser passer ça, comme ça, quoi. Donc, j'en avais rediscuté avec ça... J'en ai rediscuté... parce que, forcément, c'est des trucs qui... qui choquent (petit rire) un petit peu, mine de rien, donc j'en avais discuté avec des copains, internes, également pour voir un peu ce qu'ils en pensaient. Donc... oui, j'en ai discuté avec plusieurs personnes de manière spontanée, quoi.

— OK. Euh... alors maintenant, on va revenir sur... la RMM elle-même... (raclements de gorge) Euh... de ton point de vue, comment s'était passé... le moment où tu avais présenté ton cas ?

— …. De mon point de vue, comment ça s'est passé ? Ben... plutôt bien. J'ai trouvé que les gens étaient à l'écoute.

— Ouais ?

— Écoutaient vraiment... (raclement de gorge) ce que je disais. À mon avis, c'était un aussi un... (raclement de gorge) excuse moi... un... un cas un peu choc. Donc ça... ça a concentré un peu les gens. Parce que, mine de rien, c'est un cas où on a flingué les reins d'une pauvre mamie donc euh...

— Oui ?

— Ça... ça fait peur et puis c'est vraiment le... le cas où on peut vraiment être tous confrontés à ça, quoi. Et en même temps, je pense qu'on a tous, plus ou moins, un exemple où on s'est dit :


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

« Ouf ! Là, c'est pas passé loin ! », toujours un peu la même chose. Sauf que là, sur le mien, ben ça a basculé dans le mauvais côté, quoi. Donc, à mon avis, c'est... on s'est tous reconnu un peu, plus ou moins, dans ce cas.

— D'accord. Donc, t'as senti que les autres étaient... étaient à l'écoute.

— Ouais. Moi, je le vois... je les ai senti à l'écoute sur le cas que j'ai présenté. Puisqu'après... y a eu beaucoup de questions, justement, sur comment ça s'est passé, tout ça... Je pense que ça a interpellé les gens.

— D'accord. Euh... quel... comment dire, quel... quel regard est-ce que t'as senti sur toi, éventuellement, de la part des autres ? Ils étaient à l'écoute euh...

— Ben, j'ai l'impression qu'ils ont dit : « Oh putain ! le pauvre... » (rires) Normalement, c'est... Ils auraient pas aimé être dans... être dans ma situation, à mon avis. Euh... pas du tout un regard de jugement, hein... Loin de là.

— Ouais...

— Ah non, loin de là. Ouais vraiment le... ouais, c'est une situation qu'on aimerait pas y être, quoi. Puisque à l'arrivée... à l'arrivée, j'ai été... J'avais des praticiens, des médecins qu'étaient pas... pas forcément hyper présents donc, après, c'est moi qui ai reçu la famille pour expliquer la situation.

— Ouais.

— Donc c'est quand même compliqué de dire : « Ben oui, là, y a eu une belle erreur médicale. ». Pas dit sous ces termes-là non plus parce que on voulait pas... pas forcément affoler. Alors... c'était pas dans l'idée de... de cacher les choses mais... mais à l'arrivée, présenter... les choses d'une certaine manière, pour... pour dire : « Ben, oui là, on a quand même plus ou moins merdé... », parce que... on peut pas non plus leur cacher la vérité.

— Hmmm...

— Et euh...(soupir) sans... sans dire... Ben, en plus, c'est... c'est difficile parce que c'est euh... J'étais pas en cause, j'étais pas en faute mais je... j'avais l'impression de r... de prendre les fautes de mes collègues sur mon dos, quoi. C'était... c'était pas évident.

— D'accord, ouais. Donc un vrai moment difficile pour toi...

— Ah oui... Chaud, très chaud. (rires) Ça, c'est sûr, très, très chaud. Voilà, j'ai un peu ressenti comme ça, un peu un côté... enfin de frustration, en disant : « Putain... vous faites de la merde mais après il faut que je récupère... faut que je ramasse les euh... pots cassés, quoi ! ». Voilà, c'est un peu chiant.

— OK.

— Voilà.

— Euh... maintenant, au moment de l'analyse, justement, euh... comment est-ce que t'as... comment est-ce que t'as perçu ce moment... toujours pareil, de ton point de vue ?

— … L'analyse du cas, tu veux dire ?

— Ouais. Ouais, de ton cas, hein...

— L'analyse de mon cas... ben, en fait, l'analyse de mon cas, moi je l'avais... je l'avais ressassée plusieurs fois en tête, déjà. Parce que, mine de rien, quand on se couche et qu'y a ça... on revit la journée.

— Hmmm...

— Donc... c'est quelque chose que j'avais ressassé et que, finalement, l'analyse du cas, c'est une analyse que j'avais faite par moi même... sur une période de temps x, hein, pas en quinze minutes, comme on a fait...

— Ouais.

— Mais euh... Ouais, je... pffff... Finalement, c'est surtout un problème de communication donc ça, c'est quelque chose que j'avais... relevé par moi-même, là-dessus. On discutait déjà aussi, comme j'ai dit, avec... différentes personnes donc je suis arrivé... on arrivait à la même analyse, je dirais... du cas.

— OK. Euh... et donc, quel a été, selon toi, l'apport... l'apport des autres internes, l'apport du groupe, justement, sur le... sur l'analyse ?

— Ben, ça a con... ben, ça m'a permis de con... conforter ce que je pensais, quoi.

— OK.

— Vraiment de conforter ce que je pensais, que mes amis ont pu penser, que mes prat'... pouvaient en penser aussi. Voilà, on est tous dans la même analyse, quoi... en fait. On pense tous la même chose mais la connerie a été faite. C'est ça qui est dommage.

— OK. Euh...alors maintenant, à propos des cas qui ont été présentés par les autres internes... ben, justement, qu'est-ce que tu as pensé de... des situations qu'ils ont... qu'ils ont présentées ?

— Pfff... c'est des situations, je vais dire des situations standard, ça peut vraiment tous nous arriver. Euh... y a moult... moult bêtises à faire, qui peuvent créer ce genre de situations. Ce qui m'a... ce qui m'a fait penser, c'est que... À l'arrivée, on est certainement soit... - pour x raison - soit débordé, soit pas forcément super attentif à toutes les situations, et c'est là où se créent les problèmes, justement donc euh... être peut-être plus rigoureux, plus concentré...

— Hmmm...

— C'est important, ça c'est la première chose. Après, j'ai l'impression qu'il y a certaines situations, ben on a... on a beau mettre tout en place, j'ai un côté un peu fataliste où on dit : « Ben, ça va nous arriver quand même », quoi. C'est ça... c'est ça qui est un peu... un côté frustrant vraiment... Faut faire att... Je pense que d'en discuter, c'est intéressant, parce que profiter de l'expérience des autres pour écou... si on arrive sur ce cas-là on se dit : « Ouh, là... ça c'est... l'autre il a... ça a merdé pour telle raison... » ; on va peut-être faire attention...

— Ouais...

— justement que ça merde pas chez nous.

— Hmmm...

— Euh... ça c'est... ça c'est... c'est le côté intéressant. Après, c'est vrai que... c'était rigolo parce que on était mélangé donc avec des deuxième semestre et des quatrième semestre, sur ce truc-là, et on a vu... on a vu aussi l'évolution dans les semestres. C'est-à-dire, y a eu des erreurs présentées par les... deuxième semestre que, soit nous on a déjà été confrontés à ce type d'erreur, soit on a suffisamment de recul pour pas le faire.

— Ouais... d'accord.

— Donc c'est ça qui était aussi intéressant.

— … Donc une variété... des cas, peut-être, c'est ça ?

— Ouais, une bonne... une bonne variété des cas. Je... j'ai pas souvenir que... qu'y ait deux cas qui se ressemblaient, loin de là. Pourtant, on était... je sais pas... on était combien ? on était sept-huit non ?

— Euh... dix en tout.

— Dix en tout. Et pour moi, y avait dix cas différents, avec dix... dix erreurs différentes et dix conséquences différentes... également.

— OK. Euh... l'analyse des cas, justement, des autres internes, euh... comment s'est passé, de ton point de vue... ce passage-là, chaque... chaque présentation ?

— … 'tain, je m'en rappelle plus. Euh...

— Alors, sans... voilà, sans forcément... sans forcément me ressortir tous les détails, hein, mais... globalement, euh... comment ça s'est passé, pour toi justement, le moment où on analysait les cas des autres internes ?

— Bah, j'ai le souvenir, plutôt bien. Bon, je sais que c'est un truc qui m'avait vraiment intéressé donc j'ai écouté vraiment tous les


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

cas.

— Hmmm...

— Je peux pas dire que tous les... sur tous les GEP, j'ai écouté tous les cas parce que y a des trucs qui étaient très redondants même... pour te dire la vérité (sourire). Mais euh... mais là, ouais... non, j'ai... C'est vraiment le genre de truc qui m'intéresse énormément donc... j'ai écouté... vraiment écouté tous les cas, assez concentré, et j'ai trouvé que l'analyse... les analyses étaient ass... vraiment pertinentes, euh... très respectueuses, chacun... chacun disait ce qu'il pensait... et justement c'était... c'était assez respectueux, bien... bien orienté.

— Ouais ?

— Alors après, t'étais le modulateur, à ce moment-là...

— Ouais.

— Donc, c'est vrai que tu menais bien... tu menais bien la danse, comme on dit, mais... ouais, du coup, c'était... c'était... c'était bien clair.

— OK. Euh... globalement, est-ce que t'es satisfait de... ta participation, pendant les cas ?

— Oh, oui ! Oui, oui, vraiment satisfait. Je pense que j'ai pas mal participé.

— Hmmm...

— Et euh... du coup... j'ai trouvé ça vraiment, vraiment très constructif. Donc les trucs constructifs qui nous intéressent, on a envie d'y participer.

— (sourire)

— Donc, oui je suis... je crois que je suis satisfait de ma participation.

— D'accord. Euh... et d'une manière plus générale, tu penses que tout le monde a pu participer euh... d'une manière correcte ?

— Oui, plus ou moins. Alors après, moi j'avais... j'avais le sentiment qu'on... peut-être qu'on... par le... par le... toujours pareil, par le poids des... des années sur... sur le nombre de semestres, j'ai l'impression que c'étaient les quatrième semestre qui parlaient le plus... sur les situations... qui analysaient les situations, parce qu'on a.... je pense on a été confronté plus à des situations à problèmes, justement, avec les différents services qu'on a faits, et... peut-être une question, aussi, de timidité des... des deuxième semestre qui osaient pas forcément s'imposer mais euh... j'ai l'impression que globalement, nous on parlait plus.

— … OK. Euh... alors, sur l'impact un peu, maintenant, de la revue euh... qu'est-ce que tu retiens des actions d'amélioration qui avaient été proposées euh... justement, lors de la RMM ?

— Alors, les actions d'amélioration, il y avait... bon, en premier lieu, c'est la communication qui est ressortie.

— Hmmm...

— Pour moi, vraiment un problème de communication. Il avait été ressorti aussi, si on pouvait essayer de protocoliser un peu plus les choses et donc toujours la discussion : « Mais oui, mais bon... », le problème c'est qu'on peut pas tout protocoliser non plus. Chaque situation est unique donc créer un protocole sur chaque situation c'est impossible donc euh... (soupir) Je me rappelle plus trop les propositions qui avaient été faites après. T'as le droit de me redire un peu les propositions ou pas du tout ?

— (rire) C'est pas forcément utile mais en tout cas euh... sans forcément... voilà, rentrer à nouveau dans les détails et...

— Hmmm.

— et se rappeler exactement tout ce qui a été dit, euh.. est-ce que tu as pu appliquer, dans ta pratique, quelques unes des actions qui avaient été proposées, ce jour-là, que ce soit pour ton cas ou pour d'autres... ou pour d'autres cas ?

— … Bah pfff... c'est... c'est difficile à dire parce que, du coup, je suis passé en stage prat' donc une manière complètement différente de gérer les choses, avec une gestion qui est bien individuelle, justement, ou en fonction des euh... de mes prat' aussi, ou en fonction des... des autres médecins qui... dans le secteur donc... J'ai pas pu l'appliquer à l'hôpital. Ça, c'est sûr.

— Enfin, à...

— Des différentes actions...

— Ouais.

— j'veux dire.

— T'as pas eu le temps de les appliquer à l'hôpital.

— Non, j'ai pas eu le temps de les appliquer à l'hôpital.

— OK.

— Parce que j'ai pas eu.. re-eu de situation après, derrière, qui étaient... qui étaient complexes...

— Hmmm...

— Alors, je pense que, inconsciemment, on a peut-être évité certaines situations, en discutant plus. Je sais que moi j'avais plus discuté avec les infirmières, derrière...

— Hmmm...

— Parce que je leur avais fait part de mon sentiment et que... elles étaient... elles étaient pas bien non plus, hein, également. Donc, y avait eu une discussion, dans le service, qui avait fait qu'on avait eu plus de communication et que, du coup, ça roulait mieux.

— Ouais.

— Donc... c'est peut-être la situation qui a... qui a permis de changer les choses. Après, sur mon... d'un point de vue individuel... comme je te dis, euh... au niveau du stage prat', c'est... j'ai pas eu ce sentiment-là parce que... c'est une autre manière, qui est complètement différente de gé... à gérer et... et, du coup, j'ai plus appliqué la gestion par rapport à ce que faisaient mes prat' - parce que j'ai découvert beaucoup de choses du coup - donc j'ai pas... j'ai pas eu ce sentiment-là. J'ai pas eu ce sentiment-là. Je pense, justement, qu'on a fait d'autres conneries... (rire gêné)

— Ah ouais..?

— À mon avis. Euh... mais pas par des défauts de communication, plus... plus par des... des situations où... on arrivait euh... sur des situations complexes, comme le vendredi soir ou des choses comme ça ; où c'est des week-ends qui arrivaient ; où on essayait d'appeler, on pouvait pas avoir tout de suite, on leur disait d'aller aux urgences mais ils y sont pas allés ; ça a merdé... Enfin...

— Hmmm...

— Plus pour des problèmes de temps et de logistique, on va dire...

— D'accord.

— D'autres... d'autres soucis, qu'on a pas forcément à l'hôpital.

— Oui et qui étaient euh...

— Qui est inhérent à...

— Qui permettaient pas forcément d'appliquer ce qui...

— Voilà. Donc j'ai découvert d'autres sou... d'autres problèmes....

— D'accord.

— On va dire... Donc, c'est vrai que j'ai pas pu mettre en... en efficacité les... les solutions qu'on avait essayé de... de mettre en place, quoi.

— OK. Euh... plus globalement, est-ce que tu as l'impression que euh... y a eu un changement dans ta pratique entre avant la... la revue de morbi-mortalité et après ?

— Ouais. Ouais, je pense que je suis plus rigoureux, du coup.

— Hmmm...

— Je suis quand même plus rigoureux, je... j'ai augmenté ma communication avec les... différentes personnes, quoi. Je veux


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

dire peut-être, avant, j'avais... je me... je me disais : « Ouais bon, ça peut attendre le lendemain » et pfff... et finalement, c'est peut-être des situations qui peuvent attendre le lendemain mais je prends mon téléphone, j'appelle et je... et je m'entoure, je m'entoure plus...

— Hmmm...

— En disant : « Ben voilà, qu'est ce-que vous en pensez, aussi ? » et puis bon, discussion à deux-trois on dit : « Ben non. Oui, ça peut attendre le lendemain. ». Ça conforme peut-être ce que je pensais mais, au moins, je... je suis plus tout seul dans cette situation-là.

— D'accord... Euh... Est-ce que c'est quelque chose que t'as réussi à apporter également en stage prat' ?

— J'ai deux prat' qui s'entourent énormément, justement, donc euh... je pense pas que j'ai modifié leur... leur façon de voir.

— Alors, sans forcément parler de modifier leur façon de voir mais, au moins, est-ce que, toi, t'as... tu réussis, justement, à appliquer les choses comme ça...

— Ah, moi je le fais.

— dans un contexte de soin différent ?

— Ah, oui, moi je le fais ça, clairement, ça j'le fais. Je m'entoure beaucoup plus, beaucoup plus qu'avant. Mais après, y a aussi le... peut-être c'est... c'est l'effet... stage prat', dans le sens où t'es tout seul au cabinet...

— Ouais.

— T'as pas la bio, t'as pas les examens faciles, t'as... Le seul truc que tu as, c'est le téléphone donc t'appelles plus facilement pour avoir les choses, quoi. C'est... c'est peut-être cette situation-là, je... je sais pas. C'est difficile à dire si c'est l'effet du stage prat' ou l'effet de la RMM qui a... qui a causé ça.

— D'accord.

— À mon avis un peu de tout... à mon avis un peu de tout. Alors, débrouille toi avec ça (rires)

— De toute façon, je te demande pas une... une réponse : « Voilà, j'ai 50% de changement par rapport à ça, 45% par rapport à ça... ».

— Oui... non, mais ça, c'est pas... de toute façon, c'est pas... c'est pas coté ça... je sais mais c'est... c'est incotable, quoi. C'est pour ça que c'est difficile à dire... si ça a vraiment changé les choses ou pas. Je pense. De toute façon, notre... notre pratique elle est euh... elle est faite énormément d'expérience et ce genre de... de réunions, où on profite de l'expérience des autres, ça nous fait forcément - moi je pense - gagner du temps, dans le sens où on peut arriver devant des situations, qui sont semblables à celles des autres, et au lieu de faire le... leur boulette, comme ils ont fait, on... ben on y réfléchit et on l'évite donc on... acquit... on... on acquerrit un gain d'expérience. C'est ça.

— OK...

— C'est beau, hein ? (rires)

— Euh... alors, d'un point de vue plus personnel, est-ce que... la RMM a permis des changements dans le... vécu que t'avais de l'événement que tu as présenté ?

— … Ouais, c'est... oui, c'est possible. Ça... ça fait toujours du bien de... de... de se dire.. se dire... voilà, les autres ils comprennent la situation qu'on a eue, ils sont... ils sont solidaires avec nous.

— Hmmm...

— C'est euh... On se dit... voilà, on a peut-être pas finalement fait... enfin voilà, la boulette venait pas de nous... Ça... ça déculpabilise, quand même. Mine de rien, ça déculpabilise. Donc, ça te permet de mieux vivre une situation... clairement. Ça... ça, je le pense. Euh... (petit silence) c'est surtout l'histoire de culpabilité.

— D'accord.

— Même si... au fond de moi, je savais que j'étais pas en cause mais j'étais quand même le médecin responsable donc... on se dit : « Ben voilà, j'ai peut-être pas fait mon boulot, finalement. J'aurais peut-être dû... ben, moi-même m'inquiéter en me disant : « Ben, quand c'est qu'il est cet examen? », euh... machin... plus pousser. Après, on a l'impression d'être un peu rabat-joie donc c'est vrai qu'on le fait pas. Et puis, surtout, on a aussi d'autres choses à faire, on a d'autres patients à gérer. On peut pas, forcément, tout gérer.

— Hmmm...

— C'est... c'est toute la difficulté de la chose. Euh... mais, du coup, d'en parler aux autres... ouais ça... pfff, ça lève un poids, ça... C'est un peu... ouais, c'est un peu une psychothérapie aussi, hein.

— D'accord.

— Moi, j'ai un peu ce sentiment-là, quoi.

— Euh... ouais, un effet de... de groupe de parole, quoi.

— C'est ça. On est pas alcoolique anonyme mais on a tous eu le même problème, quoi.

— (rire)

— Non, c'est vrai. L'effet... l'effet groupe de parole fait du bien. Et puis, on... Après, c'est vrai que, sur mon cas, je vois que j'avais déjà fait beaucoup de cheminement. Sur les autres cas, je me rappelle d'une... d'un cas qui... où elle avait... on voyait que ça la perturbait complètement, qu'elle avait pas fait le cheminement encore, dans sa tête, parce que, soit c'était trop frais, soit elle y arrivait pas et euh... d'avoir discuté, tous ensemble, faire un peu un groupe de parole, j'ai l'impression, qu'à elle, ça lui faisait un cheminement et puis on sentait, petit à petit, pffff... y avait la pression qui sortait, quoi.

— D'accord.

— Donc je pense que ça lui a fait du bien également.

— OK. Donc pas seulement, effectivement euh... pour toi, mais, du coup, effectivement, tu penses que ça aide aussi...

— Ça aide les autres. Ah oui, complètement. Euh... l'intérêt du groupe de parole, c'est... c'est... c'est une discussion... sur des situations qui peuvent être complexes ou des situations qui sont pas courantes et d'essayer de voir des... des... des solutions. Alors, y a un but... anxiolytique, véritable je pense, et un puis y a un but de... d'apprentissage justement... de l'expérience des autres. Y a un double... un double effet... qui est... qui est intéressant.

— OK… Euh... alors, d'une manière plus générale, est-ce que euh... la RMM a apporté quelque chose sur ton vécu des événements indésirables ?

— Non, ça je pense pas. Ça, je pense pas parce que les... comme je te disais au départ, c'est le genre de truc où, moi, je... j'aime bien en parler. Je... je... je suis quelqu'un qui parle beaucoup donc c'est... c'est le genre de situations... des situations complexes, des situations mal vécues, j'en... j'en parle facilement. J'ai vraiment un... bon groupe de... de potes qui ont... - on a fait médecine ensemble, donc on... on se voit régulièrement - et qui ont un peu le même esprit que moi là-dessus donc c'est vrai qu'on... on aime bien en discuter. Donc... j'ai pas forcément besoin de la RMM pour pouvoir faire le point. Alors euh... à mon avis, on fait une revue de morbi... morbi-mortalité sans le savoir...

— Ouais.

— Ensemble, en fait, tout simplement. Donc, en fait, c'est une question de sémantique. Mais euh... mais, j'avais pas forcément besoin de cette réunion, pour pouvoir... découvrir ce genre de choses.

— OK. Euh... alors, si t'avais déjà discuté et c'était effectivement le cas euh... de... de... du cas que t'as présenté, euh... qu'est-ce que la présentation... dans le groupe, là en... en RMM, a permis d'apporter en plus ?

— Une autre vision.


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Hmmm...
- Une autre vision parce que, c'est toujours pareil on a... on... on a tous des connaissances de médecine - enfin j'espère... qu'on les a tous - mais on a... on a pas forcément la même manière de les voir parce qu'on a pas le même vécu, en fonction de l'expérience. Donc c'est sûr que la discussion avec les deuxième semestre ou la discussion du même cas avec le... X (tuteur du groupe), euh... ben on... on... ils apportent pas la même chose, forcément, obligatoirement, parce que y a trente ans de carrière derrière, quoi. Et... et finalement, le... le fait d'en discuter avec d'autres personnes, apporte d'autres... peut-être d'autres solutions, d'autres manières de voir, donc c'est ça qui est intéressant. À la limite, c'est vrai qu'il faudrait faire des... des groupes de RMM mais... il faudrait présenter le cas mais... pas forcément dans le même groupe. Justement pour apporter d'autres choses parce que... parce que j'ai... j'ai peur que si on présente toujours aux mêmes... aux mêmes personnes, ben qu'à un moment ça s'essouffle.
- Ouais...
- Voilà. Donc le fait d'avoir eu cette discussion, encore avec d'autres personnes, ben j'ai... j'ai eu d'autres... d'autres manières de voir et c'est ça... c'est ça qui est intéressant.
- OK. (rire) Euh... alors maintenant, on... on a à peu près fini sur l'impact. Euh... qu'est-ce que tu penses, en fait, de la méthodologie de la revue de morbi-mortalité pour parler d'é... des événements indésirables ?
- … Ben, je me rappelle plus du tout de la méthodologie donc c'est un peu compliqué mais...
- Ben, de manière assez simple, hein : présentation du cas, euh...chronologique on va dire, et puis après ben, justement le... la discussion, le débat euh... en incluant le groupe entier...
- Hmmm. Ben, je trouvais ça bien parce que la présent'tion... la présentation du cas, elle est forcément faite par celui qui l'a vécu...
- Hmmm...
- et c'est intéressant aussi de mettre, justement, ce qu'il a vécu, derrière. Parce que ça compte... dans le cas aussi. Du coup, après, une discussion collégiale... avec tout le groupe... ben, ça permet d'avoir justement une discussion. Parce que si c'est un monologue d'une personne en face comme un... je veux dire, un psychiatre qui pourrait le faire ou un psychologue qui pourrait le faire... C'est une... une manière de voir la chose... euh... qui peut... qui peut être, soit standard parce qu'il a appris... justement à... comment gérer la situation, ou par rapport à ses expériences. Mais c'est pas forcément... On... on cherche pas... on cherche pas, en fait, la vérité. C'est... c'est pas... c'est pas le but.
- Hmmm...
- C'est pas le but de chercher la vérité. C'est essayer de chercher, soit des solutions pour remanier à ça... Mais y a pas une s... forcément une solution. Donc... c'est... c'est bien de le faire en groupe, justement, après la présentation du cas par la personne, d'avoir une discussion, au moins à cinq-six personnes. Donc moi je pense que la méthodologie elle est intéressante, de cette manière-là.
- Ouais. Euh... et qu'est-ce que tu penses du cadre, dans lequel ça a été fait, donc le groupe de GEP, là euh...
- Ah, c'est intéressant de... de l'inclure dans notre formation. Je parle de l'information, hein, euh... de... de l'inclure dans un GEP.
- Ouais.
- Ça c'est... ça c'est, moi je pense, ultra important. Après, j'ai l'impression qu'X (tuteur du groupe) le faisait un peu, toujours en début de séance justement, quand on demandait : «Comment ça se passe en stage ? », machin... On prenait toujours une heure, pour pouvoir le faire. Donc j'ai... j'ai l'impression que c'était ça, aussi, qu'il cherchait un peu, les situations complexes ou notre vécu, sans forcément parler d'un cas en nom propre, hein, mais surtout notre vécu de situations pour... pour désamorcer les choses. Euh... moi, je pense que c'est intéressant de le faire en GEP parce que c'est le genre de chose qu'on fait pas... qu'on fait pas habituellement... on fait pas habituellement et euh... peut-être qu'il y a des personnes qui ne connaissent pas ce genre de... de regroupements. Donc ça, c'est possible. Euh... après, le faire dans un... dans un lieu, comme... comme on l'a fait, à la fac ou chez quelqu'un ou au restaurant...
- (rire)
- Peu importe, peu importe...
- Alors, c'est pas forcément le lieu, du moins euh... où ça s'est fait mais...
- Ouais.
- Voilà, surtout le... le groupe de personnes... le... enfin, l'ambiance, entre guillemets...
- Ouais. Alors, après c'était intéressant parce que... parce que on se connaît tous, hein, dans les GEP...
- Ouais...
- C'est vrai que c'est... c'est bien parce que du coup on a... peut-être moins peur de prendre la parole, aussi. Donc, ça c'est.. c'est ça qui est... c'est ça, le côté intéressant. Je pense que si on y allait, un peu dans un groupe anonyme, où c'est des gens qu'on connaît pas... alors, déjà d'une, on sait pas comment ils vont réagir, ça peut nous faire peur, ça peut nous freiner et... et de deux, on a pas forcément envie de déballer nos... nos histoires devant des inconnus, quoi.
- OK
- Voilà donc... c'est in... in... là, c'était intéressant de... de déballer sur des choses que les... où les gens savent où est-ce qu'on est passé... et puis, nous connaissent un peu... un peu plus, dans les situations qu'on présente, d'un... d'un point de vue... on va dire amical, quoi.
- OK.
- Voilà.
- Euh... alors, tu commences à l'évoquer, justement, euh... selon toi, qu'est-ce qu'une revue de morbi-mortalité... pourrait apporter en plus, justement, par rapport à d'autres enseignements qui existent déjà au... euh...au DES ? Par rapport aux ateliers, aux GEP aux...
- Ben, les ateliers qu'on... ou les GEP qu'on fait, c'est surtout... enfin, c'est très... très théorique sur des situations mais c'est pas... On... on nous demande de faire, en plus, une revue de bibliographie, enfin de recherche sur euh.. sur des manières de gérer. Donc c'est des choses qui sont très codifiées, justement. Là, quand on fait une revue de morbi-mortalité, c'est qu'y a eu un problème. Alors, soit parce que on a pas réuuuu... on... on s'est pas référé, on va dire au consensus qui doit être fait, ça c'est une possibilité, ou alors c'est des situations qui ont été créées par erreur humaine, erreur technique, erreur... des choses comme ça. Mais ça, c'est jamais référencé. Donc, finalement, c'est le genre de chose dont on discutait jamais.
- Hmmm...
- Donc... les ateliers, les GEP, c'est très bien mais c'est pas... pour moi, c'est pas de la... c'est pas de la vraie pratique... non plus. Les GEP, un peu plus parce qu'on nous demande de faire par rapport à un cas qu'on a eu. Tous les ateliers ou les... ou les journées... même les journées d'étude, qu'on... qu'on a quand on est en stage prat', même qu'elles soient référencées... par rapport euh... souvent, on nous demande de re... d'exposer une situation qu'on a eu, on... on y... on expose une situation mais c'est un cours sur de la théorique. Euh... on... on prend une partie de nos situations mais que le côté théorique, pas le côté pratique. Donc, finalement ce genre de choses-là, moi je trouve que c'est que du théorique.
- Hmmm...
- Alors que là, la revue de morbi-mortalité, c'est plus une discussion pratique. On demande pas comment on a géré la situation, on demande pas comment... co... enfin quel antibiotique il faut mettre, des trucs comme ça, mais vraiment,


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

plutôt, de la pratique, comment t'as géré en pratique, qu'est-ce qu'il faut faire et... qu'est-ce qu'on peut améliorer les choses ?

— OK.

— Voilà, donc je trouve que c'est beaucoup plus pratique que le reste.

— OK. Euh... et, du coup, est-ce que tu serais d'accord pour recommencer ce type de groupes, au cours de l''internat ?

— Ouais, complètement.

— … Euh... allez, on a bientôt terminé. Est-ce que tu as, éventuellement, d'autres remarques à faire... que ce soit sur la RMM, sur euh... des points qu'on vient d'aborder ?

— … Euh... je pense... hum.. petite... petite par... aparté.

— Hmmm...

— Euh... pour moi, la RMM elle devrait être proposée, systématiquement, aux internes. Pas forcément dans le cadre de groupes de GEP mais de créer ce genre de... de petits groupes, en disant : « Ben, voilà tous les mardis soirs, y a une discussion, avec telle personne, telle personne. ». On peut venir, un peu comme... enfin, c'est... c'est con mais, un peu comme les alcooliques anonymes, pour parler des situations à problèmes, quoi. Ou des situations qui nous ont posé problème. J'ai l'impression qu'on est un peu lâchés, quoi. C'est un peu : « Démerde-toi, Jeannette ! » et puis... et puis ça peut... ça peut être assez mal vécu par des internes. Je veux dire, si y a des internes qui font des burn-out, c'est peut-être par rapport aux charges de travail, mais peut-être par des situations, aussi, comme ça, quoi. Donc, pour moi, ça devrait être, au moins proposé, au moins proposé. Et euh... et ce genre de chose, ben malheureusement, c'est pas fait alors, après, nous on peut le créer nous-mêmes aussi.

— Hmmm...

— On est suffisamment grands mais... je pense qu'y en a qui sont, peut-être, trop timides ou qui débarquent dans... dans le milieu d'internes et qui connaissent pas forcément encore beaucoup de monde et ne font pas la démarche pour le faire. Là, je le dis avec du recul, bon je suis... je suis en troisième année d'internat mais en... je pense que en... en premier ou deuxième semestre, c'est pas quelque chose... je serais pas allé voir les autres en disant : « J'ai ce problème-là. »

— Ouais.

— Et d'ailleurs, je l'ai bien vu... je veux dire, les problèmes que j'avais dans le service, j'en parlais à mes co-internes. À la limite, on discutait, ensembles, mais parce qu'on était dans les mêmes problèmes et j'allais pas l'exposer aux autres derrière.

— Ouais...

— Là, j'ai plus ouvert mais parce que j'ai plus d'expérience et j'ai plus confiance dans ce que je fais.

— OK.

— Pour moi, ça devrait être proposé.

— … Euh... et dernière question : est-ce que tu as des suggestions, qui permettraient d'améliorer un peu les choses ? Est-ce qu'il y a des points... qui, selon toi, devraient euh... devraient être un petit peu travaillés, justement, dans le... dans le projet, en tout cas, que j'ai... que j'ai proposé ?

— Euh... amélioration sur les RMM ou l'amélioration..?

— Plutôt sur la RMM, effectivement, ou même, éventuellement, sur les documents, les présentations que j'avais faites avant. Euh... pas forcément sur l'entretien en tout cas. (rire)

— Non, euh... oui, non, pas de souci. Euh... sur la RMM en elle-même, non, je vois pas de... ce qu'on pourrait améliorer des euh... sur les choses. Alors, après peut-être que le groupe de dix personnes, c'est un peu trop.

— Hmmm...

— C'est peut-être un peu trop grand... parce que, du coup, ben, ça nous obligeait, vu qu'on a quand même un laps de temps... les gens avaient des trains, des choses... différentes choses... ça nous obligeait d'aller très, très vite sur les cas.

— Ouais.

— Donc peut-être des groupes un tout petit plus petits, ça peut être intéressant. Pour essayer... si y a besoin de rentrer un peu plus en profondeur et d'être un peu moins superficiel. Euh... après, sur... la documentation que tu nous a fait passer, euh... comme je t'ai dit, moi j'ai dû lire deux-trois fois, pour tout comprendre ce que ça voulait dire et euh... et peut-être un tout petit manque de clarté... à ce niveau-là.

— OK.

— Mais euh... ça vient peut-être de moi, hein.

— (rire)

— Pas forcément de... des autres... pas forcément de toi. Voilà, mais moi, j'ai trouvé un tout petit manque de clarté sur... sur la chose. Euh... non, sinon j'ai pas grand chose à.... Je réfléchis parce que c'est vrai que là... la question, de but en blanc, comme ça...

— (rire étouffé)

— (silence) Non, je vois... enfin là, comme ça, je vois pas d'autre modification...

— OK.

— qu'on pourrait apporter. Je trouvais que c'était bien construit, justement.

— D'accord. Et bien, écoute, il me reste à te remercier. On arrive à la fin.

— Ben, je t'en prie, hein.

— On va arrêter ça.

## 1er groupe - Entretien n°7 du 26/03/2014

Entretien réalisé à la fac et parasité par l'environnement sonore

— Alors, donc bonjour et donc merci de... de m'a... j'allais dire de m'accueillir mais, du coup, là c'est à la fac. Euh... merci, en tout cas, de... d'accepter qu'on se revoit pour cet entretien. Euh... comme je l'avais expliqué lors des précédentes étapes, toute la démarche est organisée dans le cadre de mon travail de... de thèse, qui se consacre donc à une question de qualité et de sécurité des soins, chez les internes de médecine générale. Le... l'objectif était de tester donc la revue de morbi-mortalité en tant qu'outil euh... d'amélioration de la pratique et puis pour permettre de revenir sur des situations qui ont pu être vécues de manière un peu difficile. Euh... donc, avant de débuter, je voudrais t'informer que tout l'entretien sera enregistré, euh... entièrement transcrit par mes soins pour... pour que je puisse travailler dessus. Euh... malgré ça, donc tout restera anonyme et rien ne permettra de te... de t'identifier dans le travail final, quoi. Alors, pour débuter, je voulais te poser quelques petites questions sur ton parcours.

— Oui.

— Alors déjà, savoir ton âge.

— 27.

— OK. Euh... à quel semestre est-ce que tu étais lors du… lorsqu'on a fait la RMM ?

— Quatrième.

— OK et, du coup, qu'est-ce que t'avais validé ?

— J'étais en train de finir ma maquette.

— D'accord.

— Donc, euh... prat'. J'étais en prat'.

— Ouais...


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

— J'étais en train de finir le prat'. J'avais fait la pédia, les urgences et... adultes.

— OK. Allez, pour débuter donc euh... avant de... d'en faire une là, dans la cadre de mon travail, est-ce que tu avais déjà entendu parler de la revue de morbidité et de mortalité ?

— Euh... pas dans le cadre... enfin, dans... enfin, de faire ça entre internes, quoi. Plus... pour moi, c'était quelque chose de... qu'on faisait pas forcément entre internes. C'est plus quelque chose de global, euh... plutôt organisé dans les services, quoi.

— D'accord.

— On le fait, dans le cadre de tous les services... de tous les cas qui ont posé problème, dans les services, mais je savais pas qu'on... - enfin, je savais pas - j'en avais jamais entendu parler dans un contexte, entre pairs.

— OK. Euh... et, dans un service, toi, est-ce que t'avais pu assister à une... une RMM ou..?

— Non. J'en... On était pas forcément convié.

— D'accord.

— J'ai pas le souvenir, en tout cas, d'avoir été conviée.

— OK. Tu savais que ça existait euh...

— Ouais, voilà.

— parce qu'il y en a eu dans les services où t'étais.

— C'est ça, oui.

— D'accord.

— Peut-être même plus en tant qu'externe, je pense. J'ai pas trop le souvenir en tant qu'interne. Non. Et puis je pense que c'est pas... hmm... c'est pas partout, qu'on en fait, enfin en tout cas... ce que je pense. Et surtout on... on peut parler de cas, effectivement qui ont posé problème, mais pas forcément de tous les cas... Si, en plus euh... ça me fait penser... voilà, en tant que... dans le stage d'urgences, en tant qu'interne, ils en faisaient régulièrement mais c'était, surtout, pas pratique d'y assister vu que c'était pendant les gardes, quoi... enfin, pendant le temps de travail donc c'était pas...

— D'accord, c'était difficile de...

— D'y assister.

— OK.

— Mais on était convié, je pense.

— (petit rire) OK. Euh... alors, par rapport à l'organisation de mon projet, comment est-ce que t'as trouvé, déjà, les euh... explications orales que j'avais données lors de la séance de présentation ?

— Et ben... de... Par rapport à quoi ? Par rapport à ce que tu faisais ou par... vis-à-vis des ques...

— Euh ben... euh... comment... enfin, voilà, comment... comment ça t'a paru...

— Ça m'a paru clair.

— OK.

— Ça m'a paru clair. Ouais... enfin... (court silence) clair.

— OK. Euh.... alors maintenant, par rapport aux explications écrites, donc... la fiche de procédure que j'avais donnée, les explications que j'avais pu donner dans les mails, par exemple..?

— Hum... c'est pareil... ça semblait... pff... fallait trouver le cas, c'était peut-être ça, le plus compliqué....

— D'accord.

— mais sinon euh... c'était p... c'était... Non, la procédure était claire.

— OK.

— Pas de question particulière...

— Donc, globalement, tu penses que t'avais bien compris..?

— Oui, j'avais bien compris. Oui, hmm...

— Euh... alors, justement, donc, sur le choix du cas, euh...

— Oui.

— Ben, comment s'est le choix de... du cas que t'as pré... que t'as présenté, toi ?

— Euh... ben, contrairement aux autres, moi je pense que j'ai pris un vrai cas d'erreur et d'erreur de MA faute.

— Ouais.

— Parce que beaucoup, quand même, c'étaient des erreurs un peu d'organisation... Enfin, de ma faute, c'était pas que ma faute mais, voilà, c'était moi qui finalement avait fait le geste... qui pouvait être caractérisé comme la faute mais... et, du coup, bah... Parce que je pense que ça pouvait servir à tout le monde donc c'est pour ça que j'ai pris ce cas-là. (sourire entendu) Ça va m'servir à moi après... ça m'a servi à moi après donc je pense que partager ça pouvait être intéressant.

— OK. C'était assez évident que tu euh... prendrais ce cas, en particulier ?

— Boh... j'ai réfléchi quand même mais ça m'avait semblé, quand même, être une erreur... une vraie erreur, quoi. Enfin, qui pouvait euh... qui pouvait être... faite par euh....qui a été faite, je sais par euh... par une prat', ou des choses comme ça, quoi.

— ouais mfff (petit rire)

— c'est que... voilà. Et puis, on l'avait... on l'avait dit, quoi, donc euh... Alors que je pense que souvent c'est... passé un petit peu sous la table. Parce que faire deux vaccins au final... Les parents, souvent, ils connaissent pas ce que c'est, que les... enfin, quels sont les vaccins, ce qu'on fait, etc. Donc... c'était... ça aurait été facile de passer ça sous le... sous le bureau.

— Ouais...

— Mais, finalement, ben... Mais bon...

— Vous l'avez pas fait...

— Non, on l'a pas fait. Mais bon, je pense qu'on aurait... On l'a... on l'a dit. Je pense qu'on s'est pas non plus étendu sur le sujet.

— (petit rire)

— Parce que... de toute façon, ils étaient pas vraiment en mesure de comprendre, les parents. Ils étaient... ils parlaient pas français.

— Ouais.

— (inspiration) Ça leur à pas... fait plus, ni chaud ni froid que ça, quoi.

— D'accord.

— Donc...

— … (rire étouffé) Euh... ce cas, du coup, t'en avais déjà discuté, justement, avant de le présenter en... à la revue de morbi-mortalité qu'on a faite ?

— Ben, du coup, j'en avais rediscuté dans le... le stage dans lequel ça s'était passé.

— Hmmm...

— Euh... après... après, un... une autre... enfin, une autre, un peu, variante, qui est toujours sur les vaccins, qui aurait pu être faite c'est parce que, par exemple, euh... dans le vaccin hexavalent, oublier de... de reconstituer...

— Ouais.

— du coup, laisser la poudre dans... voilà, donc... et ça je sais que c'est arrivé aussi à... à beaucoup de gens donc euh... donc ça m'avait amenée à reparler de... du deuxième... du deuxième vaccin que j'avais fait dans mon stage prat'. C'était en stage hospitalier que ça s'était passé ; là j'en avais reparlé et... enfin, voilà on... ç... on avait bien dédramatisé les choses, quoi. Finalement, on avait recherché, y avait pas de conséquence


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

possible...

- Ouais.
- à part une deuxième... une deuxième bécégite mais après... Euh... donc bon... Non, c'est... j'en ai reparlé et je... ben, pendant la revue de morbi... morbi-mortalité mais je crois pas que j'en ai reparlé après...
- D'accord. En-dehors du stage... t'en avais pas spécialement parlé non plus..?
- Ben... ayant un entourage... pas dans le milieu médical, euh... c'est compliqué d'élargir comme ça. Après aux co... copains de médecine si c'est... Je pense que j'avais du en reparler, sur le coup, quoi.
- D'accord.
- Mais après, ça fait pas... Heureusement que ça occupe pas non plus euh...
- Oui...
- l'esprit tout le temps, quoi.
- OK. Euh... on va passer donc maintenant à... à la revue elle-même. Euh... de ton point de vue, comment s'était passée la présentation de ton cas ?
- … De mon point de vue, comment ça s'était passé ? Boh, je... j'ai pas spécia... J'étais passée en dernière, il me semble donc je crois que j'avais... ça avait été plutôt rapide.
- Hmmm...
- Mais à part ça, euh... Vis-à-vis de l'oral, tu veux dire ? Enfin...
- Ben, comment tu...
- Comment ça...
- Ouais, comment tu t'étais sentie ? comment t'avais senti, éventuellement, le regard des autres..?
- Boh, ça a été, j... Enfin, moi j'avais pas eu de mal à en parler parce que... enfin, c'est pas comme si y avait quelque chose qui avait été tu... pendant des années, quoi.
- Mouais.
- Après, moi, j'ai vraiment senti que, par contre, y avait que moi qui disait quelque chose... par ma faute, quoi. Les cas avaient peut-être été... Les cas avaient peut-être été sélectionnés comme ça.
- D'accord.
- Mais bon, après... c'est pas grave, j'assume, hein. Je pense que voilà après s... je... Enfin, je pense que c'était important de parler d'une erreur à soi et pas d'une erreur... voilà, des autres, qu'on a constatée nous parce que ça fait dédramatiser et surtout ça... montre qu'on est pas infaillible, quoi... Donc... moi, j'avais bien vécu le fait d'en parler et euh... j'ai pas eu de... j'ai pas senti de regard euh... : « Oh, mon Dieu ! Qu'est-ce qu'elle a fait ? », quoi.
- D'accord. (petit rire)
- Je l'ai pas trop mal vécu, quoi.
- OK. Euh... pareil, toujours de ton point de vue, comment s'était passé le moment de l'analyse du cas ?
- … Boh... alors, ça remonte un petit peu, maintenant, mais j'avais pas... C'est pareil, je pense que ça avait été un peu rapide parce que, voilà, fallait... c'était le dernier cas. Après... y avait pas grand chose à en dire, à part euh... ben, il faut regarder... le conseil primordial, c'est qu'on regarde le carnet de vaccins, avant de faire les vaccins, quoi.
- (petit rire)
- Mais... comme personne n'avait fait de vaccin, a priori, euh... j'ai pas... j'ai pas revérifié, quoi. Et puis, c'était euh... dans la précipitation, etc. Et, dans l'analyse, c'est vrai que... on avait bien dit que... les gestes pas urgents, il fallait pas les faire dans le... dans l'urgence.
- Hmm, oui...
- et ça c'est vrai que... bon, ça avait été... partie de l'analyse intéressante, quoi.
- Oui, OK... Euh... alors maintenant, donc... t'as commencé à m'en parler un petit peu mais, euh... qu'est-ce que t'avais pensé, justement, des cas qui ont été présentés, par les autres internes ?
- Euh... ben, c'est, de toute façon, toujours intéressant... Ce qui m'avait quand même marquée, par exemple, c'était euh... parce que ça fait toujours bien du bien, déjà, de parler de ses erreurs...
- Hmmm...
- des erreurs, en général. On se sent moins seul et puis... je pense qu'on prend pas le temps, d'ailleurs, assez de faire ça. Euh... et, en fonction des autres, celui qui m'a... celui qui m'avait marquée, pardon, c'était euh... où la dame était venue, je crois pour... pour une dame âgée, qu'était venue pour je sais plus quel tableau et, en fait, ils étaient passés... à côté de... de l'endophtalmie...
- Hmmm...
- Et c'est vrai que... quand on est aux urgences on a... Les gens viennent pour un problème et c'est vrai qu'on se concentre sur le problème et que c'est quand même ce qu'on nous demande. On peut pas aller gratter, gratter, gratter. Euh... du coup, ça amène à réfléchir. Même en prévenss... (?) en médecine générale, les gens viennent pour un motif... est-ce qui... voilà, est-ce qu'il faut concentrer sa consultation sur le motif et... voilà je... - voir un ou deux... on fait pas... on fait des vaccinations en plus et cetera, on r'garde - ou alors est-ce qu'il faut se concentrer sur un... un seul motif et... passer... passer outre. Je sais pas... c'est la même... la même discussion, quoi.
- Oui.
- Mais euh... après, pour les autres cas, euh... y avait souvent eu quand même les... les erreurs de transmission. C'est vrai que c'est peut-être plus prévalent à l'hôpital, où on travaille en équipe que vraiment... dans un cabinet... à part si on... on parle avec les autres libéraux mais c'est quand même plus... Je sais pas si ça arrive moins, à moins qu'on considère aussi que tout ce qu'on envoie comme courrier... plus on est complet, plus on évite les erreurs de transmission.
- Ouais.
- Après, je pense que je me souviens pas de tous les cas non plus. Euh... je réfléchis aux questions... d'autres personnes... C'était surtout... ouais, ce que j'ai retenu les... les défauts d'information, quoi.
- OK.
- et euh... les organisations de service.
- D'accord. C'est ce que tu retiens aussi, du coup, de l'analyse des cas ?
- Ouais. C'est qu'on était... Ouais, c'est surtout ça, le... manque de communication, défaut... défaut d'organisation... surtout ça, le... je p... qui est revenu, quand même, à peu près dans tous les cas.
- OK. Euh... et, encore de ton point de vue donc, comment s'était passé, pour toi, le... moment de l'analyse des cas des autres internes ?
- Et ben, pareil euh... intéressant...
- Hmmm...
- où chacun peut donner son point de vue. Pareil, le docteur X (tuteur du groupe) qui apporte aussi un œil extérieur... enfin, extérieur, on va dire un peu décalé, justement, c'est intéressant aussi.
- Mouais.
- Après, euh... formateur, quoi.
- OK.
- Je pense que s... on avait... enfin, à mesure du cas où... enfin, où le cas était déroulé, chacun pouvait pointer les... les différents


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

moments où... où il s'était passé quelque chose qui avait conduit à l'erreur, quoi.

- D'accord.
- Donc, je pense, formateur.
- OK. Et globalement, contente, aussi de ta participation ?
- Ouais. Oui, oui. Ça, je pense que, vraiment, on en fait pas assez... (silence)
- Euh... qu'est-ce que tu retiens des actions d'amélioration qui avaient été proposées ce jour-là ?
- Euh... pfff... à l'oral ou suite à ton... compte rendu ?
- Euh... ben, un peu des deux, en fait. Effectivement, si t'as lu le compte-rendu, ça a pu aider un peu mais...
- Ouais, ouais, ouais... Euh... ce que je retiens des améliorations qu'on peut apporter ?
- Ouais. Des... enfin, des actions d'amélioration qui avaient été proposées en tout cas.
- Euh... ben... on peut, je pense, qu'être d'accord dans... en tout cas sur le papier, quoi. Après, c'est vrai que ça peut être difficile à mettre en place...
- Hmmm...
- vraiment, dans la pratique mais... je pense que c'était surtout ça, re... enfin, re... Enfin, communiquer. Je pense que c'est vraiment le mot, pour moi, de... qui ressortirait du... de... de ces... de ces revues de morbi-mortalité, quoi.
- D'accord.
- Et... et être... enfin, être vigilant et réfléchir... réfléchir toujours à ce qu'on fait et au moment où on le fait, quoi. Après dans d'autres... si y avait d'autres moments... d'autres explications données... euh... c'est globalement ça que je retiens, quoi.
- D'accord.
- Au niveau de l... de l'organisation, je sais pas si euh... toi, je pense que t'as pas le droit de... dire ce qu'il y avait d'autre comme informations ?
- (rire) (passage uniquement de bruits dans la pièce : pas, voix, mouvements de personnes)
- Est ce-que, toi, t'as le droit de redonner ce qu'il y avait comme... non... ou dans ton protocole tu peux pas...
- De te redonner les... les exemples ? Non, non, je vais pas le faire. (petit rire)
- Non... tu te souviens pas...
- Mais je te demande pas forcément de...
- Ouais, ouais, de ressortir... Ouais mais j...
- ressortir les exemples mais, globalement, est-ce que t'as l'impression que... cette revue morb... de morbidité et mortalité a pu apporter quelque chose à ta pratique ?
- Euh... oui, je pense. Je pense... (bruits et conversation, à côté) dans... dans le sens où... ben moi déjà, j'avais... j'avais retenu de mon erreur, quoi. Ça... Enfin, si jamais je me rends compte que je vais pour... pour vacciner et que j'ai pas re-regardé le carnet, oui, je vais aller re-regarder le carnet avant de re-vacciner. Après, c'est pareil pour les autres, quoi... pour le problème de... Des gens viennent pour un motif, j'essaye de regarder... de regarder ailleurs, quoi... enfin...
- Hmmm...
- de rechercher un peu plus loin. Après moi, je vais plus remettre les pieds à l'hôpital donc c'est vrai que... dans l'organisation du service... et je... enfin, ce qu'on a ressorti aussi des choses qui étaient... On a montré que... mbon... mmm... Enfin, y avait des hommes et puis y avait aussi tout le contexte d'organisation et ça je pense que...
- Ouais...
- à notre échelle on a... on aura du mal à faire évoluer les choses, quoi. Donc... moi, ça m'a fait envie, oui. Et justement, en y repensant, parce que forcément on y repense, pas tous les jours, mais quand on y repense c'est vrai que, moi, je me dis qu'il faudrait recommencer.
- D'accord.
- D'autres... d'autres choses que j'ai pu remarquer ou... pas forcément des erreurs à moi mais dans l'organisation... comment s'organise un cabinet et... pour moi, on peut avoir des... des erreurs, quoi, des fautes.
- OK. Euh... d'un point de vue plus personnel, qu'est-ce que la RMM avait permis de changer, un peu, dans le ressenti de l'événement que... t'avais présenté ?
- Comme j'avais déjà pu en reparler... (bruits extérieurs fort)
- (sourire entendu)
- Comme j'avais déjà pu en reparler avant, euh... j'avais un ressenti... ben j'avais... je m'étais déculpabilisée et, surtout, j'en avais parlé sur le moment, où, là, j'avais été paniquée. Clairement.
- Ouais.
- Mais... le fait d'en parler et d'avoir été rassurée par le fait que... ben, voilà c'était pas... c'était pas, entre guillemets, grave en soi, dans le sens où, pour l'enfant, physiquement, y aurait pas de séquelle. Ça avait prolongé, plus ou moins, la durée de l'hospitalisation parce que, au final, en néonat' euh... les hospitasions... les durées d'hospitalisation sont toujours un peu variables, les sorties sont toujours reportées, régulièrement, donc je pense que ça avait contribué à prolonger un peu, mais pas forcément l'hospitalisation. (inspiration). Après euh... moi je pense que c'est... j'étais... voilà, ça m'a confirmé dans le fait qu'on fait tous... des erreurs quoi et que... et qu'il faut surtout en parler.
- D'accord.
- C'est surtout ça, moi que je retiens. Après, dans... dans la suite, genre vis-à-vis de mon cas, euh... j'ai pas plus culpabilisé après ou moins qu'avant, quoi. Je garde ce que j'ai fait et puis j'essaye de mieux faire après, quoi.
- OK. Euh... plus généralement, est-ce que la RMM a pu apporter aussi quelque chose, par rapport à ta vision des événements indésirables ?
- Je pense qu'ils sont plus fréquents que ce qu'on peut imaginer.
- Hmmm...
- On s'en rend pas toujours compte et surtout.... on est pas forcément au courant. Euh... là, par exemple, dans tous... dans... dans les cas... dans les autres cas qu'y avait pu avoir, si ils avaient pas cherché à avoir la suite des événements, à l'hôpital, euh... ils auraient peut-être jamais su... ce qui s'était passé, quoi. Je pense qu'on... Ils sont sous-estimés...
- Ouais...
- Clairement. Euh... et euh... et je sais pas, effectivement, ce qu'on pourrait faire, éventuellement, pour améliorer... pour améliorer ça, quoi. À part... à part en re... enfin, les revues (voix forte derrière) de morbi-mortalité, quoi ; revoir ce qui s'est passé pour chaque cas mais c'est... c'est peut-être plus facile à l'hôpital, c'est peut-être moins facile en ville, quoi.
- OK.
- Je pense.
- ... Euh... si t'avais déjà... enfin, t'avais déjà discuté de ton cas, du coup, avec... tes chefs euh... est-ce que la présentation euh... lors de la RMM, devant... devant les autres internes, a permis d'apporter quelque chose en plus ?
- … Euh... vis-à-vis... du cas, tu veux dire, ou de mon ressenti ?
- Euh... ben, un peu des deux, en fait...
- Des deux, ouais ?
- Est-ce que ça a permis d'apporter un peu plus d'analyse ou un peu plus... enfin, des choses un peu plus personnelles, quoi ?


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

— … Bah... vis-à-vis du cas, je pense que c'était intéressant que tout le monde l'entende, comme je l'avais déjà dit...

— Ouais...

— parce que... c'est quand même un acte hyper fréquent, qui peut... enfin, (voix fortes derrière) qui va concerner forcément tout le monde. Après, euh... hmm... est-ce que ça a apporté vraiment... à moi... (couvert par les voix derrière) j'en avais déjà, finalement, parlé donc... Je pense que c'était utile que les autres soient au courant. Ça a pu apporter... ouais, moi j'en avais beaucoup parlé donc finalement...

— D'accord.

— J'ai plus, je pense... Ça m'a plus apporté des cas des autres que, finalement, le mien.

— D'accord.

— Comme j'avais déjà travaillé sur les autres... sur mon cas pardon avec d'autres...

— (pause enregistrement) Donc, tu me disais que ça... que t'avais l'impression que ça t'avait plus apporté euh... d'entendre les cas des autres, que...

— Ouais.

— d'exposer le tien.

— Que... finalement, que d'exposer le mien. Parce que j'en avais déjà parlé. Si j'étais venue avec un cas tout frais... ça m'aurait fait du bien mais comme c'était déjà... j'en avais déjà discuté, c'était plus les autres qui m'ont... qui m'ont apporté, quoi.

— OK. Euh... globalement, qu'est-ce que tu... enfin, qu'est-ce que tu as pensé, en fait, de la méthodologie de la revue de mordi... de morbi-mortalité pour parler d'événements indésirables ?

— Euh... ben, toujours pareil, je trouve ça intéressant. Après, qu'est-ce qu'y a d'autre... c'est ça, qu'est-ce qu'y a d'autre comme moyen..? C'est un peu ça, je pense que... où je vais pécher. Qu'est-ce qu'on pourrait avoir d'autre pour... pour parler des événements indésirables..? La déclaration... la déclaration aux autorités..?

— Hmmm...

— Euh... et puis après, avec plus les groupes de pairs ou pas forcément groupe mais la discussion en... la discussion entre pairs, quoi. Après là, le fait que ce soit... enfin, ça donne un cadre formel, du coup, avec t... un animateur. Là, en tout cas, c'était comme ça que c'était. Euh... je pense que... c'est intéressant pour recadrer un peu le sujet et puis pour apporter peut-être plus de... enfin, pour mettre des mots, éventuellement, sur ce qu'on a pu euh... ce qu'on a ressenti et... et, voilà, comment en parler en termes... en termes, on va dire, pas officiels, mais communément admis pour décla... parler de certains événements indésirables, quoi.

— OK... et, globalement, donc la méthode, le... le cadre peut-être aussi, entre internes comme ça, ça t'a paru euh... plutôt euh...

— Ben, je pense que ça...

— Non, vas-y, vas-y !

— Je pense que c'est intéressant de... d'être entre internes, justement.

— Hmmm...

— Par exemple, pas présenter un cas devant... enfin, si je pense que... on peut toujours apprendre... enfin, je pense que ça fait du bien aussi si on est avec des... enfin, des médecins c'est-à-dire... qu'ont plu... plus d'expérience, pour entendre qu'on en fait toujours... enfin, que ça arrive toujours, même... même après. Mais, euh... le fait d'être avec des gens, entre guillemets, enfin des pairs, vraiment entre internes, c'est intéressant aussi, dans l'aspect de se déculpabiliser, quoi.

— Ouais ?

— On a peut-être plus... moins de mal à en parler avec des gens, entre guillemets, de notre niveau, mais vraiment avec des guillemets, que... présenter ça au chef de service... devant tous les s... médecins du service, quoi. Je pense que c'est... plus compliqué.

— D'accord.

— Plus compliqué quand... quand ça vient de soi. Après, quand c'est quelque chose, après, d'organisation de service, c'est... effectivement, c'est plus logique de faire ça... dans le service avec, surtout, les médecins et tout ce qui... toutes les infirmières, les aides-soignantes et les autres... paramédicaux.

— OK.

— Parce que c'est plus... dans ce sens-là... Mais non, moi euh... entre internes ça nous a bien... ça m'a bien plu.

— OK... Euh... selon toi, est-ce que ce genre de... ce genre de groupe peut apporter quelque chose, par rapport à d'autres enseignements qui ont déjà lieu à la fac, euh... les GEP, les ateliers, les chose comme ça ?

— Je pense que... je pense qu'il faudrait... on pourrait remplacer quelques GEP par... par des revues de morbi-mortalité, oui...

— (petit rire)

— Pourrait être intéressant... que re-présenter un cas où tout a été bien fait de A à Z... comme c'est globalement fait en GEP, quoi.

— D'accord.

— Qui est plus quelque chose de prise en charge mais, au final, tout le monde peut retrouver la prise en charge... dans les recommandations. Tandis que là, je trouve que c'est plus intéressant. Après, faut trouver... ouais, il faut toujours trouver les cas mais, du coup, on est plus dans l'aléatoire mais, globalement, dans les GEP on est rarement dans l'aléatoire, quand même. Et là... au moins, on avance, quoi... on avance. Je serais pour... pour mettre des revues... à la place de certains GEP.

— D'accord.

— Pas en plus... à la place. (sourire)

— (rires) D'accord. C'était justement la question suivante ! Euh... est-ce que, ben éventuellement, par rapport à... à tout ce qu'on vient de dire et puis, ben je t'ai entendu notamment parler d'une des limites de la méthode, là, qui est euh... que ça peut être intéressant de le faire dans les services, plutôt...

— Hmm.

— Euh... est-ce que tu verrais, éventuellement, d'autres... euh... d'autres suggestions qui permettraient d'améliorer un peu le... le... la méthode comme... comme je l'ai proposée dans mon projet ?

— … C'est-à-dire, améliorer ? J'ai pas bien compris la question... Améliorer les... la revue..?

— Ouais, la... la revue de morbi-mortalité, comme je l'ai faite... entre internes, là.

— Comment on pourrait améliorer ça ? Euh...

— Bah, du moins, est-ce que... il y a des éléments qui te paraîtraient devoir être corrigés ?

— … Euh... Non, je pense que c'est... enfin, c'est bien quand même de garder un cadre formel, dans le sens où, sinon on... enfin, je pense que ce serait compliqué de réunir tout le monde.

— Hmmm...

— Après euh... après, ça dépend, je pense, du niveau. Parce que, en GEP en troisième année, on se rencontre bien... enfin, de façon moins... moins stricte, moins encadrée. Mais bon, on arrive bien à se réunir donc... Peut-être plus... si... Je sais pas... En tout cas, mixer les années, enfin les semestres.

— Hmmm...

— Différents semestres entre eux, je pense que c'est intéressant. Euh... après le... le lieu, je pense que la fac, c'est pas mal. Ça... Après... dans la durée, je crois que ça a duré deux ou trois heures...

— À peu près comme un GEP, oui. On était resté trois heures, je


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

crois.

- Trois heures... Mouais, je pense que c'est... ça me paraît pas mal, quoi.
- OK.
- Et euh... en nombre d'internes... au moins cinq, quoi, d'avoir un peu de... de matière.
- OK.
- Euh... pas plus... de suggestion.
- D'accord. Euh... éventuellement, d'autres remarques...
- Globales ?
- Sur l'entretien ou, globalement, sur... sur le projet ?
- Euh... non. Je pense que s... J'aimerais bien avoir les résultats.
- D'accord. (rire)
- (rire) Voilà.
- Je te convierai à ma soutenance.
- Ça marche.
- Bon ben, écoute, on a terminé alors.
- Très bien !
- Merci beaucoup !

## 1er groupe - Entretien n°8 du 26/03/2014

- Alors bonsoir, maintenant... Euh.. merci, donc, d'avoir accepté qu'on se revoit pour cet entretien. Euh... comme je l'avais expliqué donc... lors des précédentes étapes hein, toute la démarche est organisée pour le travail de ma thèse...
- D'accord.
- Euh... qui s'intéresse donc à une question de sécurité et de qualité des soins, chez les internes de médecine générale. Le but était donc de tester la... la revue de morbidité et de mortalité pour... enfin, en tant qu'outil de prat... de... d'amélioration de la pratique, euh... et également pour vous permettre également de... de revenir sur des situations qui pouvaient être vécues de manière difficile.
- Hmmm, d'accord.
- Euh... alors donc, avant de débuter l'entretien, je veux t'informer qu'il sera enregistré, euh... que je retranscrirai tout euh... à l'écrit euh... par la suite, et que euh... bon malgré tout ça je... enfin, tout le travail restera anonyme et que donc on... on te reconnaîtra pas dans le... euh...
- D'accord.
- Euh... dans le travail final.
- OK.
- OK ? Euh... donc pour débuter, je vais juste te poser quelques petites questions, pour savoir ton parcours, au moment où on a fait la RMM. Alors déjà, est-ce que... quel âge as tu ?
- J'ai 25 ans.
- OK. Euh... à quel semestre est-ce que tu étais lorsqu'on a fait la... la revue ?
- Euh... j'étais en deuxième semestre. Deuxième, oui.
- OK et donc tu avais validé quoi, à ce moment-là ?
- À ce moment-là, j'ai validé urgences, CHU, euh... et j'étais en train de valider donc médecine adulte.
- D'accord. Euh... alors, première question : avant d'en faire une, justement, dans le cadre de... mon travail, est-ce que tu avais déjà entendu parler de la revue de morbi-mortalité ?
- Nan.
- Pas du tout ? D'accord. Ni dans les services dans lesquels t'étais passée, ni ailleurs euh..?
- Ah ! Euh si, si ! Je suis bête ! Euh... si c'était... ben, N1 à HEH. Euh... je sais qu'ils... qu'ils faisaient, quoi, des séances... t'sais de... de morbi-mor... de morbi-mortalité, pardon, euh... voilà, où.. enfin, ils reprenaient tous les... tous les cas un petit peu difficiles... voilà. Mais c'était une fois tous les... tous les trois mois, un truc comme ça, j'crois bien.
- D'accord. C'était en tant qu'interne que t'étais passée là-bas ?
- Oui. Oui, oui, en tant qu'interne.
- Et t'avais pas euh... du coup, assisté, en revanche, à une de ces euh... une de ces réunions ?
- Nan, j'y ai pas... j'y ai pas assisté mais on nous avait envoyé par mail, en fait, donc un... donc un compte-rendu, quoi. Mais euh... j'y ai pas assisté, non.
- D'accord. Euh... alors maintenant, un peu sur l'organisation de mon travail. Comment est-ce que t'avais trouvé, d'abord déjà, les explications orales que j'avais données lors de la séance de présentation ?
- Hmm, claires.
- OK.
- Ouais, bien... bien claires. Pas de souci.
- Euh... alors, pareil, concernant les euh... les explications écrites que j'avais laissées, donc la fiche de procédure que j'avais distribuée, les explications que j'avais mis dans les mails, etc. ?
- Non, non. C'était tout clair, ouais.
- OK, pas de souci particulier ?
- Non.
- Euh... globalement, tu penses que t'avais une bonne idée de... de ce qu'on attendait, justement..?
- Oui, ouais...
- pour le cas, pour euh...
- Ouais, après bon, c'est vrai que j'ai pas... j'ai pas trouvé de cas parce que, donc, à ce moment-là, j'étais en hospit' de semaine donc bon forcément j'avais pas... euh, voilà. Mais enfin, oui, je... c'était... c'était bien clair, quoi.
- D'accord euh... et, pareil, t'avais, à peu près, une bonne idée de ce qui allait se passer, grosso modo euh..?
- Ouais. Et c'était... ben, c'était même mieux que ce que... que ce que je pensais puisque, finalement, c'était super intéressant, quoi.
- D'accord. (rire étouffé)
- Ah, ouais, nan, c'est vrai.
- Euh... alors, t'as commencé à m'en parler un petit peu. Le... choix de ton cas, justement, s'est passé comment ?
- Euh... comment ça s'est passé ? Ben... (inspiration) fallait... fallait choisir un cas. Donc, à ce moment-là, j'étais en hospit' de semaine donc j'étais en diabéto, donc, où tout est programmé, où on a pas beaucoup de... de... marge de manœuvre...
- Hmmm...
- voilà, donc après, donc ça laisse peu... peu de place, quoi donc à... donc à... donc à des événements indésirables.
- Hmmm...
- Sauf que, un soir, bah... donc après... donc c'était à partir de dix... dix-neuf heures, donc aucun chef et puis, voilà, on fait... on fait une entrée. C'était un... c'était... c'était une entrée de réa...
- Hmmm...
- Et je me souviens que... je m'étais sentie un peu seule parce que ben... je suis... je suis tombée donc sur un patient de réa, qui était sensé aller bien parce que, pour qu'ils... pour qu'ils le


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

mutent chez nous, c'est qu'a priori il devait... il devait être vraiment bien et... donc là, euh... gros... gros... un gros imprévu : je tombe sur un énorme abcès de... de... de... de la cuisse, donc...

— Ouais.

— Donc voilà. Et donc, à part le réanimateur de garde, y avait vraiment personne, quoi et je me souviens, qu'à ce moment-là, je me suis sentie bien, bien seule, quoi. Donc après, voilà.

— OK

— Donc... voilà. C'est pour que ça... ça m'a fait penser à...

— Ouais. Ça t'avait paru assez...

— Ça m'avait...

— naturel de le présenter...

— Ouais. Et surtout que je pense que ça aurait pu être grave, quoi. Enfin, je pense... Enfin, voilà. Bon, moi sur le coup, ça m'a... Voilà.

— OK. Euh... ça s'était passé combien de temps euh... au... avant la RMM, tu te souviens à peu près ?

— Euh... aucune idée. Euh... je dirais deux semaines avant, quelque chose comme ça.

— D'accord.

— Enfin, c'était assez récent.

— Ouais, c'était encore assez récent, ouais...

— C'était assez récent pour que je m'en souvienne, ouais.

— OK. Euh... Ce cas, t'avais pu en reparler, justement, avec d'autres personnes euh... avant de le présenter en RMM ou pas ?

— Ben, j'en avais parlé avec ma... avec ma senior, donc avec ma chef de service.

— Ouais...

— et qui... qui trouvait aussi que c'était grave et, du coup, alors elle parlait de... de faire une fiche de... d'événement indésirable. Et, du coup, euh... je sais pas si ça s'est fait ou pas.

— D'accord.

— Voilà.

— En tout cas, elle t'a pas fait participer à cette fiche, manifestement !

— (rire) Nan, nan. Nan, ouais.

— Euh... est-ce que t'en avais parlé à d'autres personnes, éventuellement, en-dehors de... en-dehors du service ?

— Euh... ah, du... du service. Euh... non, pas... pas spécialement.

— OK. Euh... on va arriver, maintenant donc, au moment où on a fait le... la revue justement. De ton point de vue, comment s'était passé euh... le moment où tu as présenté ton cas ?

— Euh... bon... Enfin, voilà, je savais que c'était pas un cas qu'était super intéressant puisque voilà. Mais euh... bon après... bon, moi, ça m'a... ça m'a paru quand même assez pertinent, quoi. Enfin... voilà, donc un... donc un sujet âgé qui était... qui était diabétique non équilibré, avec un abcès de cuisse, qui... qui sort de réa, moi ça m'a paru juste pas normal, quoi. Après, bon...

— Ouais... Et euh... quelles étaient, un peu, tes impressions, justement, quand tu présentais le cas euh..?

— Euh... comment ça ?

— Je sais pas. Par exemple... enfin, euh... comment t'as senti le regard des autres ou euh... enfin...

— Ben, du coup... enfin, vu que chacun a sorti un petit peu, donc... donc sa petite boulette... (sourire)

— Ouais...

— Donc, du coup, ben on... c'est vrai que j'ai un peu décu... enfin, bon... t'sais... enfin, j'tais... j'ai euh... je... je me suis pas sentie coupable, quoi parce que..

— Hmmm...

— Enfin, voilà... enfin, je veux dire c'est euh... enfin, c'est une organisation de service. Bon, je pense... enfin, je pense être juste un... juste un maillon, quoi.

— Ouais...

— Voilà. Enfin, bon après, c'est vrai que c'est quand même... Nan, mais je vois parce que, finalement... ben, voilà... chacun... chacun a raconté sa... sa petite histoire donc ça permet un peu...

— D'accord.

— de dédramatiser, quoi.

— Donc toi, sur ce moment-là, pas de... difficulté particulière, a priori euh..?

— Pas spécialement, non. Non parce que finalement... ça s'est euh... ça s'est bien fini.

— Ouais... en plus.

— Ouais. Ouais, ça... a été géré donc euh... voilà. Mais euh... bon, c'est vrai que sur le coup euh... (silence)

— Euh... après, toujours de ton point de vue, comment s'était passé, donc, le moment où on a analysé ton cas ?

— Euh... comment on a analysé mon cas ? Ben euh... alors, de ce... de ce que je me souviens euh... Je me souviens qu'ils étaient un petit peu étonnés...

— Ouais ?

— Euh... parce que, à un moment, euh... voilà, donc euh.. Voilà. Donc euh... j'avais parlé, je crois, que... j'avais... que... j'avais pas reçu, quoi, le dossier, à ce moment-là donc, de... de réa...

— Hmmm...

— donc... j'avais aucune bio...

— Ouais...

— donc… apparemment que... voilà, que j'avais donc... juste... juste un syndrome inflammatoire donc à... donc à... donc, à l'entrée donc, en réa et que depuis, plus... plus rien, quoi. J'avais aucune CRP, rien donc... rien pour suivre la... cinétique. Et puis, bon ben, là, j'ai vu, à ce moment-là, qu'ils... ben, qu'ils étaient un... qu'ils étaient un petit peu étonnés, qu'ils m'ont dit : « Ouais mais non... mais en... mais en réa... Nan, nan... ». Voilà. Donc après, bon, à part ça... Enfin, à part le fait qu'ils étaient un petit peu étonnés...

— Ouais ?

— Mais non, sinon euh... (silence)

— (sourire) Sinon, rien d'autre..?

— Nan mais pas que... je me souvienne comme ça, non.

— OK Euh... qu'est-ce... Enfin, qu'ont pu apporter un peu, les autres, justement, sur l'analyse de... du cas que t'as présenté ?

— Han... je me souviens plus. Ça date un petit peu. Qu'est-ce qu'ils ont dit ? (silence) J'sais plus... Euh... j'sais plus. On avait dit quoi, d'ailleurs ?

— (rire étouffé)

— Je sais plus ce qu'on... ce qu'on avait dit. Euh...

— Sans forcément... euh... essayer de te rappeler les moindres détails mais, déjà, est-ce que, globalement, euh... tu penses que... la réflexion... Enfin euh... comment t'avais trouvé, justement, les réflexions euh... qu'il y avait eu, autour de ton cas ?

— Ben, à part euh... le fait, quoi, qu'ils étaient étonnés qu'il y ait aucune bio, quoi, de réa...

— Ouais...

— après, c'était possible, hein, parce que... voilà... c'est vrai que... on était quand même... donc on était presque... presque en


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

début de soirée, tout était fermé, j'avais... j'avais pas tout.

— Hmmm...

— Donc bon, c'est vrai que... ça... que j'avais... j'avais oublié de le... de le dire aussi mais euh... Voilà, donc y a un petit peu, à ce moment-là où ils ont pas trop... pas trop pris au sérieux mais sinon euh... non, je pense qu'ils ont été plutôt... plutôt attentifs.

— Ouais ? OK.

— Ouais, je pense qu'ils ont été plutôt attentifs, ouais.

— OK. Euh... qu'est-ce que t'as pensé, maintenant, des cas qui ont été présentés par les autres internes ?

— Ah ouais... ah, ben écoute, moi, j'ai trouvé ça super intéressant, vraiment.

— Ouais ?

— Parce que... je me... je me rends compte, ben que faire... faire des bêtises, quoi, c'est super facile.

— Hmmm...

— Et euh... alors moi, le cas qui m'a... En fait, y en a... y en a deux qui m'ont... qui m'ont un petit peu marquée, où je me suis dit... ben que... tu vois, enfin que... que ça aurait pu être moi, quoi. Euh... tu sais, c'est le cas avec... donc avec... le mec qu'avait une insuffisance rénale... oui, une insuffisance rénale, à qui l'interne de... de garde... avait donc... l'avait mis sous... sous Augmentin... Non, non c'est pas ça... non, voilà...

— Si, si c'est à peu près ça, oui.

— C'est un mec qui était euh... non, qui avait une pneumopathie, qui a été vu par un interne de garde, qui l'a mis sous... donc, sous Aug... sous Augmentin, ben sans lire, quoi.... sans lire le dossier. Sauf que c'était écrit en gros, donc... allergie, je crois, aux pénicillines...

— Hmmm...

— Voilà, donc il a fait un choc... donc un... donc un choc anaphylactique, avec un hypodébit. Du coup, donc, il a... donc il a fini en insuffisance rénale, je pense qui était initialement fonctionnelle, et qui s'est terminée ensuite donc en insuffisance rénale... organique, euh... qui a eu le lendemain, je crois, un scanner injecté...

— Hmmm...

— et euh... Enfin voilà... enfin, oui... Enfin ça... typiquement, enfin ça... c'est un cas qui m'a... qui m'a marquée parce que je me dis que... en fait, chacun... enfin, comment... chacun a apporté sa... sa... sa petite... sa petite touche et, au final, enfin... je me suis rendu compte que j'aurais pu être, moi, cette... cette interne-là, quoi.

— Ouais ?

— Non, non, ça m'a bien... bien fait réfléchir. Et même, du coup, maintenant, donc avant de prescrire, t'sais les... enfin, les antibio...

— (rire étouffé)

— je regarde toujours donc fonc... euh... fonction rénale et puis euh... allergie, quoi.

— Ouais.

— Ben, je... je le fais... Je le faisais déjà avant mais, là, c'est vrai que... on fait gaffe, quoi. Enfin...

— D'accord.

— Ça... ça arrive pas qu'aux autres.

— Ouais, bien sûr.

— Voilà donc... ça, c'est un cas qui m'a pas mal marquée.

— OK.

— Euh... et celui de X (autre participant), aussi euh... C'est une petite... petite dame qui a... qui a fini avec une énucléation, je crois bien.

— Ouais.

— Ah, celui-là aussi, il m'a...

— Il t'avait marquée.

— Ouais. Ça... ça, sincèrement, je pense que je l'aurais très, très mal vécu.

— Ouais.

— Parce que... ça se... enfin, ça se voit, quoi. C'est quand même physique... Bon après ça... ça tourne, hein, mais... pfff... Donc, je me rends compte que, moi, avec mon abcès, finalement... (rire)

— (rire)

— Enfin, voilà... Enfin, pour... pour moi, c'était euh... Bon après, voilà.

— OK. De ces deux cas, j'ai l'impression que, justement, t'as... Enfin euh... ça t'a marquée, y en a au moins un qui t'a laissé, on va dire, une trace... euh...

— Con... concrète !

— Ouais, enfin concrète, effectivement, en tête.

— Ah, oui. Ouais.

— Euh... est-ce que, éventuellement, il y a d'autres choses que t'as retenu, justement, de cette journée, des actions d'amélioration qui avaient été proposées, par exemple, ou euh..?

— Ben... ouais. Quand on a... Enfin... 'fin, tout ce que... ce que j'tai dit, donc avant chaque examen injecté, donc... toujours vérifier la... la créat'.

— Ouais.

— Même si c'est pas... enfin, même si c'est pas légalement à... à nous de le... de le faire mais... enfin, je veux dire, moralement enfin, c'est quand... c'est quand même à nous, quoi.

— Ouais, ben, ouais.

— Voilà, c'est notre patient euh... Voilà, c'est vrai que le radio... que le radiologue, il est... il est pas clinicien, il s'en... Enfin, il s'en fout, non mais... voilà donc, ça c'est pa... ce que j'ai retenu, c'est que... voilà, même si, légalement... enfin, même si on est pas res... responsable de, de... de quelqu'un ou quelque chose...

— Hmmm...

— c'est euh... c'est euh... ben, c'est moral après, quoi. Enfin... passer un coup de fil, quoi, c'est vraiment simple. Enfin moi, c'est ce que... ce que j'ai retenu et... Ouais, j'ai retenu que l'erreur... ben, elle est très facile et que... ben, rattraper le tir, ça... ça... ça peut être très simple aussi, quoi.

— D'accord.

— Et, comme des fois si on loupe, ben...

— OK.

— Nan, c'est vrai, ça m'a un peu... Nan, c'était super intéressant.

— OK.

— C'était bien.

— Et est-ce que tu dirais, du coup, que... il y a eu un peu des changements, dans ta pratique, justement, après cette revue de morbi-mortalité ?

— Mmm... Ouais, si quand même. C'te... c'est vrai que je me... que je me relis, quand même, plu... plusieurs fois. Surtout que là, je suis en pédia'.

— Hmmm...

— et que tout ce qui est posologie, tout ça, c'est vrai que j'ai... j'ai quand même tendance à... à bien, bien relire. Tout ce qui est bio, tout ça... Enfin... Ouais, si, ça m'a quand même incitée à être plus... plus rigoureuse quand même, plus euh... Je l'étais, hein, déjà avant, mais c'est vrai que, là, je me suis rendue compte que... (rire étouffé) que... voilà, quoi...


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

— OK.

— Ouais.

— Euh... on va revenir un tout petit peu en arrière, juste. Euh... je t'avais demandé un petit peu co... ce que tu pensais des cas des autres internes. Euh... qu'est-ce que... enfin, comment t'avais ressenti, également, le moment de l'analyse, justement, des cas des autres ?

— Ben, en fait, finalement, je me suis rendu compte que... alors euh... Je m'attendais euh... à ce qu'on soit beaucoup plus... plus dur.

— Hmmm...

— Puis finalement, je me suis rendu compte que... ben, on était pas du tout dans... dans la... dans la... enfin, dans la critique ou dans le jugement.

— Hmmm...

— Et... fff... ouais, enfin, j'ai... j'ai trouvé ça, quand même, humain, quoi, finalement comme... comme... comme analyse. Parce que... ben, ça peut arriver à tout le monde et... et même de la... de la part, quoi, de monsieur Y (tuteur du groupe) qui est quand même expérimenté, enfin...

— Ouais...

— C'était... c'était sympa, je trouve, de pas... de pas avoir dit : « Ouais mais non, mais pourquoi... ». Ouais, non, c'était... Enfin, on était pas dans le... dans le jugement, quoi.

— D'accord.

— On était dans la critique, je dirais, mais cons... constructive, quoi, dans la critique...

— OK.

— Enfin bon, après, c'est ce que j'ai ressenti, quoi.

— Ouais. Ce que t'as ressenti, également, pour l'analyse de ton cas, également ?

— Oui. Ouais. Ben, ouais parce que, finalement... enfin, je m'attendais à me faire lyncher puis, finalement, je me suis rendu compte que... que non, quoi. (rire)

— (rire étouffé)

— Même si, moi, le lendemain, je me suis fait pourrir, quoi. Mais après... bon, voilà.

— D'accord**.**

— Ah, ouais, non, les chir... les chir, ils m'ont pas... Tant pis...

— Euh... d'un point de vue plus personnel justement, euh... est-ce que la RMM a pu changer un peu ton ressenti de l'événement que tu as présenté, ce jour-là ?

— Ben... c'est vrai que j'ai re... enfin, j'ai relativisé, finalement, parce que... ben, je me suis rendu compte que, à côté des... des euh... autres cas... enfin... 'fin, moi j... 'fin – après, je sais pas, hein - mais je trouve que c'était quand même... pas... pas moins... pas moins grave, hein, parce que voilà... parce que je pense qu'on aurait pu euh... parce qu'on est passé pas très, très loin, quoi du sep... sepsis sévère mais euh... Comment dire ? Disons que ça a pu se cadrer, quand même. Enfin, j'étais quand même finalement pas si euh... livrée à moi-même que ça, quoi.

— Hmmm...

— Enfin, en fait... enfin, c'est vrai que... enfin, quand je regarde, quoi, mon cas puis celui des autres, finalement, je me dis : « Ben, ça va, quoi. » C'était pas dramatique non plus. Enfin, il a pas fini donc en... donc en dialyse ou en je sais pas quoi.

— D'accord. Euh...

— Enfin, je sais pas si... si je suis claire.

— Ce que je comprends, c'est que t'as été un peu rassurée, éventuellement, par le fait que d'autres ont pu présenter des cas...

— Où y a eu...

— où y a eu des conséquences plus importantes.

— Oui, voilà. Ouais, c'est ça.

— OK.

— C'est exactement ça. (silence)

— Euh... et euh... éventuellement... Alors, peut-être plus... euh... même, pas forcément par rapport aux autres, mais euh... enfin, vraiment personnellement, est-ce que... est-ce que, justement, ça a permis, toi, de... de... de cheminer un peu plus, par rapport, justement, à... à ce cas auquel t'avais été confrontée ?

— Euh... ben... Comment ça... enfin, cheminer un peu plus ?

— Euh... comment dire ? (rire) Euh... ça t'avait, je pense, marquée, sur le moment. Euh... est-ce que le fait d'en parler, justement, euh...

— Ah, oui !

— à d'autres, est-ce que ça a pu euh... est-ce que ça a pu euh... changer un peu ta perception euh... par rapport à ça, quoi ?

— Oui. Ouais, ben... tfff... finalement, j'ai un peu dé... dédramatisé. Enfin, nan, dédramatiser, nan parce que c'est quand même grave, quoi. Mais euh... voilà, finalement, ben, je me rends compte que... voilà, que... ben que c'est pas que... c'est pas de ma faute si à... ben, si à cette (sept?) heure, j'étais... j'étais toute seule, si y avait aucun chef.

— Hmmm...

— Voilà... Enfin, j'étais en... deuxième semestre.

— Ouais.

— On a pas for... forcément l'assurance, voilà. Donc... enfin, je dis pas là que je suis super... super, super sûre de moi mais c'est pas... c'est pas pareil, hein.

— Hmmm...

— Enfin, je pense que en... que... enfin, que en un semestre... 'fin, on... 'fin, on acquiert quand même une certaine assurance....

— Ouais.

— que ben... que j'avais pas for... forcément à ce mo... à ce moment-là, quoi. Bon, voilà. Je pense que, là, le... enfin, je pense que le même cas, là, mainte... maintenant, ça m'aurait... ça m'aurait moins euh... ent'... entre guillemets, trau... traumatisée, quoi.

— D'accord.

— Mais c'est comme une fois euh... donc... y a donc... y a une boulette, aussi, qui a failli être... qui a failli être faite. C'était un patient qui donc... c'était un polyvasculaire, qu'était sous... sous AVK, je pense pour un... pour un AVC... - enfin bref, je sais plus, voilà - donc qu'était sous... sous AVK donc, qui devait avoir une... une artério', quoi, le lendemain euh... qui été vu, donc, par le chirurgien, par euh... l'endoc' et par je sais plus qui, tu vois, et, en fait euh... donc... personne a pensé à lui... à lui stopper, quoi, ses AVK, tu vois.

— D'accord.

— Donc... moi, j'arrive et tout, donc, moi je le vois, pareil, il était cinq-six heures et son artério, donc, était prévue, donc, le lendemain matin puis euh... j'arrive, je fais : « Mais euh... c'est... c'est normal qu'il ait... enfin, qu'il ait les AVK ? », tout ça. Du coup euh... j'en parle avec ma chef et c'était pas normal du tout.

— (rire étouffé)

— Bon, du coup, on a dû reporter tout ça, machin. Enfin, voilà... donc je pense que... ben, là aussi, on est passé à côté de... Bon, après... bon, c'est pas très, très grave, en soi quoi, de fai... faire l'artério' sous... sous AVK... Voilà.

— OK.

— (rire) Je parle... je parle beaucoup aujourd'hui !

— (rire) C'est pas grave. Justement, il faut euh... il faut que j'ai de


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

la matière, aussi.

— Ah, d'accord. Donc, voilà... donc... ça aussi, c'était... c'était un autre cas que... qui m'a un petit peu étonnée parce que, bon, passer par un chirurgien, par un... endocrino', puis par je sais pas quoi, puis pas... puis pas penser, quoi...

— Hmm...

— qu'il faut arrêter les AVK, ça m'a un petit peu étonnée, quand même.

— Ouais. Euh... plus géné... tu m'en parles d'un autre là, par exemple, mais, plus généralement, justement, est-ce que t'as... un regard euh.. Enfin, est-ce que ça a changé ton regard, la RMM, par rapport aux événements indésirables ou pas ?

— Euh... ouais, ça... ça a changé mon... Ouais, si, quand même dans... dans le sens où... enfin, entre guillemets, faut pas... enfin, je pense qu'il faut apprendre à pas faire conf... conf...enfin, confiance, justement. Faut pas... faut pas faire confiance aux... aux... aux autres, enfin entre guillemets, parce que l'erreur, elle est possible.

— Hmmm...

— Euh... c'est vrai que les... que les... ouais, que les seniors, ils peuvent, hein, aussi se tromper, des fois. Euh... voilà donc... donc... y en a qui... qui l'admettent bien, faci... assez facilement et puis, y en a d'autres, nan. Et aussi euh... et pas... et pas trop... trop se faire con... con... confiance, euh... se relire souvent. Je sais qu'une fois que j'ai fait... j'ai fait une bourde, donc c'était en... c'était en pédia aussi. Euh... j'ai prescrit donc... donc de l'amikacine...

— Hmmm...

— donc... donc... la poso mais sur... sur de la genta'.

— D'accord.

— En fait euh... la genta, c'est... c'est trois... trois milligrammes/kilo...

— Ouais...

— alors que l'amikacine c'était 15. Et, en fait... donc j'ai prescrit de la Genta à 15 milligrammes/kilo...

— D'accord !

— Voilà et donc... ben là, j'ai tout de... enfin, je me suis tout de suite relue et je... je me suis dit : « Merde ! », quoi. Donc, voilà, ça... ben, c'est vrai que ça... ça m'a appris, quoi, à me... me relire, à... Ouais, c... voilà. Et euh... voilà, puis à... à pas trop, trop faire conf... confiance non plus, quoi, puis se dire... ben, que tout le monde peut... peut se tromper. Puis pas... puis pas avoir peur, quoi, de... demander, de dire, fin : « Est-ce que... ben, est-ce que c'est normal ? », quoi.

— D'accord.

— Choses que j'aurais pas forcément fait avant, quoi, en premier semestre ou en deux... ou en deuxième semestre.

— OK.

— C'est vrai que j'avais tendance à faire un peu… confiance...

— D'accord.

— Aveuglément.

— Donc là, effectivement, une tendance, on va dire, à... à revérifier et à...

— Hmm.

— à... à s'assurer, quoi. Même pour les autres, bizarrement.

— Ouais.

— Alors que av... avant, je faisais... je faisais pas ça.

— D'accord.

— Les inf', pareil, maintenant, je repasse... parce qu'elles m'ont fait aussi deux-trois bourdes, des fois et euh... je repasse, quoi, maintenant. Je m'assure que... ben, que tout est... tout est fait, je m'assure que tous les... que tous les papiers sont... sont donnés, je m'assure que la... ben, un truc tout con, quoi, mais euh... mais que la BU a été faite euh...

— D'accord.

— Voilà. Parce que ça me retombe dessus, des fois. J'avoue, hein.

— (rire)

— (rire) Mais euh... mais, voilà parce que sinon, après euh...

— Euh... t'en avais déjà discuté avec ta chef, justement, mais est-ce que la pré... enfin est-ce que le fait de présenter le cas en RMM, là, avec tes co-internes a permis de... d'apporter quelque chose en plus, euh... sur le... enfin, sur l'analyse, sur le...

— Sur ce cas-là ?

— Ouais. Ouais.

— Euh... (réflexion) Ouais... s... euh... oui, si. Si, dans... dans le sens où, euh... quand on met, quoi, des... sous antibiotiques, il faut... faut faire gaffe et toujours... 'fin, à toujours les... les faire, donc dès... dès que possible, après... après, enfin, après euh... prélèvement, quoi.

— Hmmm...

— Et donc, chose que j'avais pas faite. (sourire) Je l'ai fait avant.

— Ouais.

— Tellement j'ai eu... j'ai eu peur puis, finalement, je me rends... je me rends compte que...

— Ouais ?

— je pense que ça aurait pu... je pense que ça aurait très bien pu attendre le lendemain, tout ça. Voilà, peut-être, prendre... prendre des décisions plus... comment dire ? plus... modérées, quoi. Enfin, avec plus... enfin, pas... pas... plus... plus de recul mais moins sur la... sur la préci... précipitation, moins euh... Ouais bon, ça m'a... ça m'a appris ça, quand même.

— D'accord.

— Être moins euh... spontanée, je dirai, dans... dans les prises en charge. Voilà, c'est ce que ça m'a appris.

— OK. Euh... d'une manière plus générale, sur... sur toute la méthode, en fait, euh... qu'est-ce que tu as pensé, justement, de la méthodologie de la revue de morbi-mortalité pour parler d'événements indésirables ?

— Euh... la méthodo' ?

— Hmm.

— Euh... je me souviens plus... Je me souviens que... qu'on a fait un tour de table...

— Ouais...

— Euh... je me souviens plus comment ça s'est passé.

— Alors, très simplement, enfin chacun présentait son cas...

— Ouais, donc chacun a présenté...

— donc... les uns après les autres et puis, une fois que la personne avait présenté son cas, ben on discutait un peu... euh... en essayant de reprendre les choses, point par point.

— Hmm. Non, c'était... c'était bien. Enfin moi, je trouve que c'est quand même bien de... de reprendre... enfin, de... comment dire ? ouais, de remonter toute... toute la toute la chaîne...

— Ouais...

— et puis de se rendre compte, finalement, ben où est-ce que ça a pu bloquer, qu'est-ce... comment dire ? qu'est-ce qui aurait pu faire en sorte qu'on... enfin qu'on... qu'on... qu'on rattrape, quoi, le... le tir. Enfin, per... perso moi, j'ai trouvé ça pas mal, quoi.

— Hmmm...

— Et euh... j'ai... et euh... j'ai bien aimé, aussi t'sais, ton image du... du... du mur avec... avec un trou dedans...

— Ouais.


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

— Je sais plus... Enfin, y avait un truc comme ça et que, finalement euh... enfin, j'ai bien... j'ai bien aimé, ouais.

— D'accord.

— On mettait tout et puis se dire... parce que, ben, je pense que... enfin, je pense que en... que en pratique, c'est ça que... on... qu'on fait. Enfin, on essaye de voir un p'tit peu... de stratifier le risque, je dirais.

— Ouais.

— Enfin nous, c'est ce qu'on... c'est ce qu'on a fait, finalement, et je trouv... j'ai trouvé ça pas mal.

— OK. Euh... et plus généralement, - enfin plus généralement... - le... on va dire le cadre, en fait, dans lequel ça a été fait euh... ça t'a paru euh..?

— Ouais, c'était bien. C'est bien adapté, ouais. C'est... entre internes euh...

— Ouais...

— Pas de... comment dire ? Ouais, non, c'est entre internes. C'était... c'était... c'était bien. C'est vrai que je... qu'on a... monsieur Y (tuteur du groupe). Non, c'était bien.

— OK.

— Enfin moi, ça m'a paru bien, quoi.

— Euh... selon toi, une RMM apporte... enfin, est-ce qu'elle apporte quelque chose, justement, par rapport à d'autres enseignements ou d'autres ateliers qui ont... enfin, qui peuvent déjà avoir lieu au... au DES..?

— Ah, oui, je pense. Ouais.

— GEP ou séminaire ou ce genre de choses ?

— Oui. Ouais, je pense, vraiment. Je pense que ça... ça pourrait être utile, ouais. Ouais. (court silence) Ben euh... enfin déjà, ne serait-ce que pour en... pour en parler. Voilà, enfin que... comment dire ? entre... entre guillemets, pour se... pour se vider...

— Ouais...

— et euh... puis qu'on... enfin, puis qu'on... puis qu'on en parle, puis qu'on se dise : « Ben, finalement... », enfin voilà, donc... on en parle « On aurait pu faire ci, ça. Ou on aurait pu éviter telle ou telle situation, si... ».

— Hmmm...

— Et euh... je pense... Oui, enfin que même... que même à une plus... plus grande échelle euh... enfin, on peut, après, euh... ouais, mettre... mettre en place, quoi, des mesures. Pareil ça, ça me fait penser à un truc, en pédiatrie. Euh... ouais, voilà, donc euh... on prescrivait, t'sais... t'sais, des perf', pour les ga... pour les... enfin, de... de... de ré... de ré... de réhydrat'.

— Ouais.

— En fait, voilà... Et, en fait, si tu veux, euh... Voilà, donc en fait, c'était euh... c'était... c'était... c'était dans un flacon en verre, de 500ml, et qui ressemblait... enfin beaucoup, beaucoup donc au f... au flacon de euh... bicar'.

— Ouais.

— Voilà. Et, en fait, donc euh... donc il... donc il est arrivé, deux ou trois fois que... l'infirmière se trompe, c'est-à-dire que, au lieu de mettre, je sais pas moi, du euh... G5 IV, donc elle mettait du euh... bicar' IV.

— D'accord.

— Voilà, donc les... enfin euh... donc les... les flacons, quoi, se ressemblaient. Et, une fois donc, pareil donc, on en a dis... discuté donc en... donc en colloque... pas en colloque mais au... mais au staff, quoi.

— Ouais.

— À la... à la relève. Et, finalement, voilà donc euh... on s'est rendu compte que... parce que les deux f... les deux flacons étaient sur euh... la même étagère et donc, voilà... Donc, du coup, la décision qui a été prise, c'était de les... enfin, de les mettre à deux... à deux endroits euh...

— Différents.

— dif... différents. Puis euh... finalement, ben ça s'est pas... ben, ça s'est pas reproduit, quoi.

— D'accord.

— Donc je pense que ça peut être utile, quoi, d'en... d'en parler, pour voir, quoi, les mesures qu'on peut mettre en œuvre et puis éviter que ça se reproduise. Je pense que ça peut être pas mal.

— OK.

— Voilà, donc euh... ça, c'est un exemple dans... dans mon service mais je pense que, même pour... pour nous, ça peut être pas mal, quoi...

— OK.

— à voir ce qu'on peut faire, pour éviter que... ça se reproduise et euh...

— Ouais, pour parler éventu... enfin, parler vraiment des euh... d'événements indésirables, quoi.

— Ouais, voilà, oui.

— OK.

— Enfin moi, je vois ça comme ça. Après euh...

— Euh... et est-ce que tu serais d'accord, du coup, pour recommencer, justement, ce type de... ce type de groupe d'échange de pratique pendant la... pendant l'internat ?

— Ouais, ce serait bien. Hmm... Non, mais non, mais si... Enfin moi, j'ai bien aimé. Ça change, quoi, des... des GEP...

— OK.

— Hmm, c'est bien, oui.

— Euh... on arrive quasiment à la fin, là. Est-ce qu'éventuellement tu as d'autres remarques à faire euh...

— Hmmmm, pas spécialement. Non, là, comme ça, j'ai rien de...

— Euh... et donc, dernière question : euh... est-ce que tu aurais, éventuellement, pareil, des suggestions à faire pour euh... améliorer un peu, justement, la façon dont ça se déroule ?

— Ah ! Euh...

— Est-ce qu'il y a des points qui euh... qui paraissent... enfin, qui te paraissent devoir être améliorés euh..?

— Sur euh... sur tout ?

— Alors, sur un peu tout le déroulement, ouais : sur les explications au début, sur euh... le déroulement des séances euh...

— Euh... bon moi, ce qui... Enfin, je trouve que ce serait pas mal, quoi, si on pouvait euh... remonter, point... tu vois, point par point... point par point, chaque... chaque situation à... à risque, pour euh... chaque cas.

— Hmmm...

— Par exemple euh... enfin, je sais pas... Enfin, un truc con... Enfin donc... voilà... Enfin, ouais... enfin, bien euh... enfin, ouais... enfin, mettre en... mettre en lumière... détailler, machin, chaque...

— d'accord.

— Après, je pense que ça... ça... ça prendrait peut-être un peu de temps.

— Ouais ?

— Mais euh... oui. Non mais c'était bien... c'était bien.

— D'accord. Euh... mais, si je te comprends, effectivement, tu... préférerais peut-être que les... cas soient un peu plus approfondis, euh... dans l'analyse ?


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

— Ouais mais bon... après... enfin, là c'était très bien. Enfin, je veux dire mais euh... Puis voir euh... du coup, comment... enfin, comment est-ce qu'on peut remédier à ça, comment... enfin, qu'est-ce... 'fin, qu'est-ce qu'on pourrait mettre... mettre en œuvre, qu'est-ce qui aurait pu être fait pour éviter le...

— Hmmm...

— Enfin, je pense ça pourrait être pas mal, ouais.

— D'accord. Donc plus approfondir, en fait, du coup, le...

— Un petit peu plus mais bon... C'était... Non, c'était... c'était... c'était... c'était très bien, déjà. Ouais, c'était bien.

— D'accord.

— Nan, c'était bien parce que... bon, c'est vrai qu'on était quand même une petite dizaine, si on faisait ça pour tout le monde, ça... je pense qu'il y en aurait pour toute... toute la journée, quoi.

— (petit rire)

— Bon, après voilà, hein.

— OK. Euh... et ben éc...

— Et puis mettre en place – pourquoi pas – des... des ben... des protocoles, tout ça. Ça... ça peut être pas mal. Mais bon, après ça peut... c'est un peu difficile aussi, je pense.

— D'accord.

— Non, c'est un peu difficile.

— (rire)

— Nan, mais c'était bien.

— Très bien ! Et ben, écoute, je te remercie.

— Ben, de rien.

— On a terminé.

— J'espère que c'était à peu près clair !

— Oui, ça devrait aller, ouais.

## 1er groupe - Entretien n°9 du 15/05/2014

– Donc... bah bonjour et merci de m'accueillir pour... pour l'entretien. Euh... Donc, comme je l'avais expliqué lors des précédentes étapes, toute la démarche est organisée, donc, pour mon travail de thèse... qui s'intéresse à la qualité et à la sécurité des soins, chez les internes de médecine générale. L'objectif était de tester la revue de morbi-mortalité, en tant qu'outil d'amélioration de la pratique euh... et puis, bah pour permettre, également, de revenir sur des situations qui pouvaient être vécues de manière désagréable. Euh... avant de débuter, donc... je veux t'informer que tout l'entretien sera enregistré...
– Hmm.
– Je vais entièrement transcrire, également euh... tout... tout l'entretien. Malgré tout, les données resteront anonymes et rien ne permettra, à la fin, de t'identifier, dans le travail... dans, dans ma thèse, quoi. Avant de débuter vraiment, je veux juste te poser quelques petites questions, sur ton parcours... pour avoir des petites infos, sur ma population d'internes.
– Hmmm.
– Alors déjà, quel âge as-tu ?
– 26.
– Euh... à quel semestre est-ce que tu étais, lorsqu'on a fait la RMM ?
– …
– (rire étouffé)
– Alors, j'étais de garde à X, vu que c'est mon cas de X et je pense que j'étais... à Y ? C'était pas c... ah nan, c'est plus vieux que ça. Soit chez le prat'...
– Ça datait de... septembre 2013.
– Alors, j'étais à la fin, chez le prat'... À la fin, chez le prat'. Donc j'étais en quatrième semestre. C'était en septembre ?
– Ouais
– OK. C'est ça.
– Dix-huit septembre. Euh... quatrième semestre, c'était ton prat'. Les trois premiers, t'avais fait quoi ?
– Les urgences à Y, euh... pneumo à X, pédiatrie urgences, X. Urgences péd'. X pneumo et urgences péd'.
– A X ?
– Ouais.
– Euh... Et bah donc, on va commencer. Avant, donc, d'en faire une dans le cadre de mon travail, est-ce que t'avais déjà entendu parler de la revue de morbi-mortalité ?
– Ouuuui, je sais que... Oui. Oui, un petit peu.
– D'accord. Dans quel cadre ?
– Par d'autres internes.
– OK. T'en avais jamais fait toi-même...
– Non.
– T'avais jamais assisté à...
– Non.
– OK. Euh... alors, sur l'organisation et le déroulement, déjà : comment est-ce que tu avais trouvé, déjà, les explications orales que j'avais données, lors de la séance de présentation du projet ?
– Bah, je les avais compris euh... C'était clair...
– OK. Y avait pas eu de souci de...
– Alors, c'est quand on avait présenté, nous aussi, nos cas ?
– Non, non, justement. La première...
– Ah mais, j'étais pas...
– séance....
– Ah si, j'étais là. T'étais venu...
– Ouais, j'étais venu à la fin d'un GEP.
– Oui, oui. Bah si. Moi, j'ai trouvé ça clair, ouais.
– OK. Euh... même question, par rapport aux explications écrites que j'avais données : donc la fiche de procédure que j'avais laissée...
– Ouais.
– et éventuellement, ce que j'avais donné, dans les mails...
– Alors là, j'ai pas relu du tout, tout ça... mais je me souviens pas d'avoir eu des soucis... faut que je les relise ?
– (rire) Non, non.
– Écoute, je me souviens pas d'avoir eu de souci... de me dire : « je comprends pas »... J'sais que j'avais dû me concentrer quand même, mais euh...
– Ouais.
– Après, je sais pas si ça arrive... si ça répond bien à ta question mais j'sais que trouver mon cas, ça avait été compliqué.
– Ouais ?
– Hmm.
– Je crois que tu m'avais envoyé...
– Plusieurs cas...
– Ouais, un ou deux mails, effectivement.
– Ouais, c'est ça. Ouais, j'avais oublié... Ouais, c'est ça, ça me revient. J'avais du mal à trouver exactement... Déjà, est-ce que ça correspondait bien...? Là, le cas que j'ai présenté, au final, y a pas eu de vrai souci derrière, en fait... Ça a été récupéré, on va dire.
– Hmmm...
– Donc... Je sais plus ce que je t'ai renvoyé, comme autre cas.
– Euh... De tête, je crois qu'il y en avait un... une dame âgée, qui revenait d'hospit', qui avait une ordonnance... longue comme le bras et euh... que vous aviez revu avec votre prat', je crois... avec ton prat'.
– Moui...
– Mais euh... je sais plus exactement le...
– Aah... Elle revenait de... Non, mais c'était pas moi... C'était pas moi qui avait fait l'erreur. C'était ça, non ?
– C'était rectifier un truc de l'hôpital, c'est ça ?
– Ouais, ouais. Je pense. Ils avaient fait une er... Ils avaient dit ACFA et nous, on avait dit : « Bah non, y a pas d'ACFA ». On ét... On était pas d'accord. C'est peut-être ça, le cas que je t'ai dit parce que c'est le cas que je me souviens.
– OK. Ça, je me souviens plus mais...
– Ouais, ouais...
– Mais, en tout cas, il a fallu... il a fallu réfléchir pour ton cas, quoi ?
– Ouais, il a fallu que je réfléchisse. Bah, mon cas, quand je l'ai relu – je l'ai rezieuté hier – il est tout petit. Tu vois, quand... En


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

fait, j'avais trouvé la séance... et exposer nos cas très intéressante parce que... Tu projettes hein, quand même : le scanner où t'appelles pas, pour dire que la créat', elle a flambé, alors ça, je m'y suis vue à 200%. Ça m'est jamais arrivé mais... c'est le truc que je pense que... qui peut arriver à n'importe qui.

– Hmmm.
– Mais moi, j'ai jamais eu de trucs comme ça. Soit on m'a récupérée, soit je l'ai pas su.
– Ouais ?
– Mais euh... j'ai l'impression que j'ai jamais eu de choses comme ça, je crois aussi. Et je pense que tout le monde avait bien aimé...
– On y reviendra après, si tu veux. On développera un petit peu plus, du coup.
– Ouais.
– Euh... Bon, du coup, effectivement, le choix, ça a été un peu compliqué... Euh.... tou, tou, tou... Je sais pas si tu veux développer un peu plus.
– Alors, je me souviens plus, du coup, de ce t'avais mis dans ta fiche mais est-ce que, du coup, c'était clair sur exactement ce que t'attendais ? Peut-être que t'aurais dû mettre plus de choses, du coup ?...
– Ouais ?
– euh... je me dis. Parce que si y a un truc où j'ai dû bugger... Bon après, je bloque facilement sur les trucs comme ça, en me disant (rire étouffé de l'intervieweur) : « Qu'est-ce qu'ils attendent vraiment de moi ? », tu sais ? Mais je sais pas si t'avais mis, vraiment, que c'est un cas de...
– Bah, en principe, j'étais resté assez large. Justement parce que le but, c'était pas... était pas forcément de cibler une erreur... personnelle mais plutôt un... événement indésirable, d'une manière générale. Mais il faut peut-être essayer d'être un peu plus clair, par rapport à ça, c'est ça ?
– Bah, peut-être. Après, c'est peut-être parce que c'était large que, du coup, moi ça m'a perdue de me dire : « Qu'est-ce qu'il attend de... moi ? ». Parce que je connais pas assez les re... les revues donc euh...
– D'accord.
– Peut-être. Si tu veux, je pourrais relire après et te dire...
– Pas forcément... C'est pas forcément la peine (rire).
– D'accord.
– Euh... le cas que tu... que t'avais présenté, ce jour-là, est-ce que t'en avais déjà parlé avant... justement, de le présenter en RMM ?
– … Bah, je pense que j'ai dû le raconter comme ça, en disant : « Bon, bah... ». Oui, oui, je suis sûre, en fait. À X... A un chef, j'en ai parlé le lendemain, en disant : « Bon bah... »... Mais euh... comme ça...
– D'accord. Sans approfondir, quoi. Juste... signaler...
– Bah oui, j'ai fait une mauvaise pres'. Je... je voulais quand même dire que je l'avais vu et que... pas qu'on m'écrive un mail après, pour me dire... ou pas que les gens le découvrent et que j'ai pas prévenu...
– D'accord, ouais. OK. Mais, du coup, t'avais pas développé, t'avais pas forcément...
– Non parce qu'il y a pas eu de... vrai couac. Je pourrais raconter un vrai couac sinon, après, qui m'est arrivé. (rire de l'intervieweur) Mais ça m'avait pas traumatisée plus que ça. Je m'étais dit que... bon, fallait faire attention.
– D'accord. Euh... alors, bah justement, on va reparler un peu de le... la... de la séance de la revue de morbi-mortalité. Euh... de ton point de vue, comment s'était passée la présentation de ton cas ?
– Moi, j'ai trouvé que... c'était le moins intéressant, vu que c'était banal... comme erreur.
– Hmmm.
– Euh... Mais, en même temps, je pense que c'est banal, c'est le truc qui arrive un peu à n'importe qui et qui peuvent arriver facilement... Et que c'est la première erreur qu'on peut faire, je pense, de prescrire... mal prescrire parce qu'on... parce qu'on... parce que le logiciel ou... Voilà, c'est des choses qui, pour moi, arrivent.. Bon là, encore, des pres' qui sont mises 3 jours... tu sais pas pourquoi, c'est mis 3 jours... Des oublis, comme ça... l'informatique, pour moi, c'est vraiment des choses...
– Ouais...
– c'est un souci vraiment récurrent. Euh... mon cas, je... j'étais passée à la fin donc j'étais hyper à l'aise aussi, parce que tout le monde avait dit...
– Avait déjà présenté son cas.
– Ouais. Du coup, c'est ça qui était... Je trouve que l'ambiance, elle était sympa. Y a personne qui... Tu sentais pas des... des ricanements, des... Je trouve que, voilà, tout le monde avait joué le jeu de... de tous raconter un cas où... où... bah il s'était senti pas très à l'aise... pas très bien après, quoi. Non, je trouvais que ça avait été bien... et simple, en fait.
– OK.
– Voilà, tout le monde racontait son cas... Je pense que ça aussi, ça nous est tous arrivé et, du coup, bah... ou ça peut tous, encore, nous arriver plein de fois...
– OK. Et, du coup, y avait pas eu... t'avais pas eu de difficultés à parler de... justement, de ton cas?
– Non. Non, non. Après, je discute facilement des... des erreurs.
– D'accord.
– Parce que je suis...
– Alors, justement, ce jour-là, comment s'était passé, toujours de ton point de vu, le moment où on avait fait l'analyse, un peu, de ton cas ?
– … Euh... je me souviens très bien... Euh... bah, c'est tout. Les gens... Euh... je me souviens qu'on avait discuté un peu... de quel était ce médicament, est-ce que c'était vraiment celui-là ? Parce que, pour la thérapeutique, y avait un pharmacien... y avait un interne qui était un ancien pharmacien, là...
– Euh... non, il était ancien infirmier en psy, donc...
– Non, ancien infirmier, ancien infirmier... et, du coup, qui disait : « Mais non ! », ça le choquait pas ou je sais pas quoi... Bah, je... je m'étais posé la question aussi : « Attends, mais je me trompe pas, dans mon cas ? », et tout. Mais voilà, c'était pas sur le vrai problème de fond, je veux dire, que j'avais mal prescrit. C'était sur le fait de dire : « Est-ce que c'est vraiment une erreur ? ». C'était ça, qu'on discutait.
– Ouais.
– Boh, j'étais à l'aise... je sais plus ce que... Je m'étais pas sentie agressée ou...
– Ouais. C'est déjà ça. (rire)
– Mouais, c'était cette ambiance-là, c'est ça que je voulais dire avant. C'était... c'était assez simple...
– D'accord. Et euh... qu'est-ce que t'avais pensé, éventuellement aussi, de... bah, justement, des... de ce qui avait été apporté par les autres ? Sur euh... toujours sur ton cas, hein ?
– … Boh.... globalement que c'étaient des erreurs banales, quoi.
– Hmmm.
– Et que... Je me souviens qu'on avait discuté aussi des différents... barrages. Donc moi, y avait eu le barrage...
– Le barrage chef.
– Ouais. Même, infirmier, je pense, avant. C'était chef ou infirmier, je sais plus... C'est pas l'infirmier qui avait fait le barrage ? Je... je sais plus mais voilà, y avait eu le barrage qui avait fonctionné. Et que ça, ça m'avait intéressée de me dire : « Ah bah ouais, c'est vrai, y a des barrages ». Parce que j'avais... j'avais intellectualisé les choses, en me disant... analysé les choses, en me disant : « Bah ouais, y a des barrages, en fait ». Donc euh... oui, j'y ai repensé... après mais euh... ça répond pas à ta question, en fait... Parce qu'à l'hôpital, y a les pharmaciens aussi, qui font barrage.
– Oui.
– Qui disent : « Y a une créat' à... nin, nin, nin... Change de thérapeutique » ou... Voilà, je trouve qu'ils mettent des barrages... en place.
– C'est vrai qu'ils peuvent regarder, maintenant...
– Hmm. Qu'il y avait pas à X mais voilà...
– (rire)
– Vu que c'était le week-end...
– Euh... alors maintenant, qu'est-ce que t'as pensé, justement, des cas qui ont été présentés par les autres internes ?
– Bah, j'ai adoré celui sur le scanner. Voilà... je me suis dit : « Voilà, pile moi ! ». Et tout pile la réalité des choses.
– Ouais ?
– Ça flambe le week-end, il faut que tu sois tout de suite au taquet le lundi. Euh... le problème aussi de... ben, pour le patient, tu culpabilises énormément, je trouve. Alors, quand c'est sur une petite... sur une connerie, quoi. Pour moi, vraiment... c'est nul, quoi, une erreur comme ça. Euh... l'œil. L'œil, ça m'avait fait... pas rire, mais je me suis dit : « Bah oui,


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

le mec, il vient aux urgences – c'était une dame – pour une décompensation cardiaque et... et elle perd son œil... ». Je trouve qu'on se retrouve...
– Ouais ?
– dans des... après euh... dans cette situation, qui était... Ouais, non plusieurs : je me souviens de X, maintenant. Parce que j'ai relu que mon truc, moi hier.
– Ouais.
– Mais je me souviens de X... Je pense que c'était un cas de péd' et c'était n'importe quoi, aussi. Oui, je trouve que c'est vraiment des situations où tu te dis : « Pffou, c'est horrible », quoi. La prise en charge horrible, où tu culpabilises derrière et... en fait, c'est pas si grave. Enfin, c'est grave pour le patient mais... je sais pas si on peut vraiment dire que c'est une erreur... Si l'interne est en faute, en tout cas.
– Ouais. Oui, oui.
– L'œil, bah le chef il y est passé, il a rien dit. Il a quand même contacté l'ophtalmo... Voilà, bah le scanner, y a le radiologue, y a plein de monde qui aurait pu le voir et... Après, c'est la responsabilité de l'interne aussi, de vérifier, donc voilà, mais...
– Hmmm.
– Non, j'avais trouvé les cas intéressants.
– Ouais ?
– Je crois que c'est une des fois où j'ai tout écouté, vraiment, vraiment...
– (rire)
– Non mais c'est long, les GEP.
– C'est vrai...
– T'écoutes quelques cas et puis y en a qui t'attirent plus que d'autres. Et... j'avais trouvé que j'avais bien écouté, quand même.
– OK. Euh... hop. Alors, pareil maintenant, toujours de ton point de vue, hein, comment s'était passée l'analyse des cas des autres internes ?
– Ah bah, bien. J'ai trouvé que tout le monde... qu'il y avait personne qui enfonçait l'autre.
– Ouais?
– Je pense que les gens étaient simples. Ils ont vraiment raconté des cas où... bah où, en même temps euh... bah ouais, ils ont merdé, quand même.
– Hmmm.
– Et euh... ah ouais, tu vas le mettre... J'ai dit merdé mais... c'est pas grave.
– (rire) Non, c'est pas grave !
– Ils ont vraiment présenté des cas où ils ont merdé et... et, du coup, bah que je trouve que bah... les gens répondaient, en disant : « Bah oui, moi aussi, ça me serait arrivé ». Euh... est-ce que j'ai trouvé ça intéressant ? Le scanner, j'y ai repensé plein de fois.
– Hmmm.
– Je pense que j'ai plus tiqué... sur mes scanners et tout ça, après. Le jour où ils partaient : « Ah, c'est cet horaire-là. J'essaierai de voir la créat' avant ou... ». Ça m'a servi après, en fait. Voilà.
– Y a d'autres trucs, éventuellement, qui t'ont resservi, justement... après... après la revue ?
– Bah, les barrages. J't'ai dit que ça m'a fait un peu tiqué. Je fais un peu plus attention, quand je prescris quand même. Je relis, maintenant. Bon, je relisais un peu mais maintenant je relis plus sur des trucs... sur les choses importantes, en fait. Je fais plus attention à mes prescriptions... informatisées.
– OK.
– Et je le dis à l'infirmier. C'est rare que je vais pas transmettre mes... ce que je change, de manière importante, pour pas qu'il y ait de couac.
– D'accord. Donc globalement, un peu plus de communication, déjà ? Ouais ?
– Bah, comme ça, le barrage, il est direct.
– Ouais ?
– Au moment où je lui dis, elle me dit : « T'as pas prescrit ça ? » ou... « T'as oublié de le prescrire ».
– OK. Donc tu vas... déjà, plus ou moins, créer des barrières...
– Ouais, je renforce les barrières... qui existent.
– Euh... est-ce que... est-ce que ça a changé, un petit peu, la façon dont tu vois aussi les événements indésirables... cette séance ?
– Ça a changé ma façon de voir mes... mes... les co-internes, qui étaient là. Surtout.
– Ouais ?
– Euh... parce que... ouais parce que je les ai trouvé tous simples, en fait euh... Dont je vois les effets... Bah, c'est... c'est rassurant à ma personne, en fait... de se dire : « Bah, on est tous pareils, en fait... on fait tous des boulettes, on... ». Et ça permet de... de dédramatiser... de vivre les choses... plus en discutant, se rendre compte que voilà, ça aurait pu arriver à tout le monde... Voilà, je trouve vraiment, dédramatiser les choses.
– (raclement de gorge) Excuse-moi. Euh... et... d'un point de vue plus personnel sur ton cas, est-ce que ça a permis, un peu aussi, des changement dans la façon dont tu le voyais, dont tu le ressentais ?
– Bah, je pense que... ouais, je pense qu'au début, je le trouvais plus grave que maintenant. Après, j'ai fait d'autres boulettes, maintenant, donc ça me permet de trouver ça moins grave.
– Hmmm.
– Euh... bah je trouve que, quand tu discutes... oui, je sais plus te dire exactement mais, en général, quand j'en discute, je trouve... ça permet de te soulager, ça permet de dire « Bon... ». Quand t'en discutes avec des co-internes parce que sinon...
– Ouais.
– Quand t'en discutes avec des gens extérieurs, en général... Gros choc ! (rires)
– C'est pas le même regard, quoi.
– Ah, ouais. « C'est horrible, ce que t'as fait ! » (rires) Donc euh... Non, non... Oui, ça pousse plus à parler, je trouve. Mais faut avoir la même ambiance, quoi.
– D'accord.
– Je dirais pas qu'avec des docteurs que je connais pas...
– Ça passerait.... euh...
– Bah, j'imagine... Ouais... Par contre, faut... voilà.
– OK. Justement, bah... qu'est-ce que t'as pensé de... bah de la méthodologie que j'avais mis en place, là, pour une revue de morbi-mortalité, comme on l'a faite ?
– Oh bah, j'ai trouvé ça bien. Après, j'ai pas assez de recul, j'en ai pas fait d'autre. Mais j'ai trouvé que c'était bien.
– D'accord.
– Après, là où ça triche un peu, c'est que nous, on se connaissait.
– Ouais.
– On se connaissait, on connaissait le tuteur. Mais euh... je pense que j'ai trouvé ça bien.
– OK. Mais euh... justement, ça faisait aussi partie un peu du euh... - euh... mince - de la séance, justement, d'être avec des gens...
– Qu'on connaît ?
– Ouais, plus ou moins connus.
– Ben, je trouve que... On a... le groupe, y a pas des gens prétentieux... voilà...
– Ouais.
– Vraiment... Je trouve que c'était simple, c'était vraiment... aussi un truc que je retire. Après, je pense que ça nous a rapprochés quand même aussi.
– Ouais ?
– Je te dis, ça a changé un peu mon regard, aussi...
– Sur... sur les autres ?
– Sur les gens. Parce que quand tu présentes ton cas : « C'est un cas où j'ai réfléchi ça ». Et puis, c'est tout le temps : « Je me suis posé ces questions-là, ces questions-là, ces questions-là... ». Et puis, bon bah, les questions, y en a tu te dis : « Pourquoi il s'est posé ces questions, moi je le sais. Et puis l'autre, je sais pas ». Mais, il apporte le bagage après... C'est pas... C'est pas vraiment humain, en fait, comme GEP. Tandis que là, t'as directement accès à la personne... comment elle réagirait aussi, au niveau de ses émotions, par rapport à ça. « Moi, j'aurais tiqué là-dessus », pas... Voilà. Je trouve... je trouve que t'as un côté plus... plus réel des choses. On est pas là, à avoir tout préparé notre cas et en disant...
– Ouais.
– C'est une expérience, quoi... Mauvaise expérience mais...
– (rires)
– Mais, voilà... J'ai oublié ta question, du coup.
– Euh... bah... Justement, qu'est-ce que t'avais pensé donc bah... j'ai dit la méthodologie mais, grosso modo, c'est euh... comment... comment ça s'est passé, quoi.
– Bah, je pense que c'est mieux de le faire avec des gens qu'on connaît.


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

– Ouais ?
– Mais, pas... pas forcément des potes, parce que les potes, on en parle et y a pas de critique. Tu peux pas avoir de critiques de tes amis. Enfin si, tu peux en avoir mais ça va être plus difficile.
– Ouais.
– Alors que là, c'est pas des amis, c'est des gens - on se connaît quand même depuis 2 ans, là – et où du coup, on a quand même vu un peu les... on s'est jaugés, quoi. Du coup, je trouve que c'était bien, ouais. Pour faire en GEP.
– OK.
– Ou même après, en groupe de pairs, peut-être. Mais je sais pas si...
– Ça se fait aussi, ouais. Ouais...
– Je sais pas si les groupes de pairs, ils... si c'est pareil quand même et si... Les docteurs, je trouve, qu'en général, ils ont un côté un peu prétentieux.
– (rire)
– Nan, mais je veux dire, ça peut être plus compliqué...

Interruption liée à l'arrivé de la colocataire...

– Euh... je vais juste reprendre la question d'avant. Donc, par rapport à ce que tu avais... déjà discuté, le lendemain de... de ton erreur, entre guillemets, qu'est-ce que la présentation à la RMM a pu apporter, en plus ?
– (sonnerie de téléphone) Euh... J'ai pas compris.
– Euh... t'avais discuté, justement, un petit peu de ton cas...
– Ouais.
– Euh... mais assez rapidement, d'après ce que j'ai compris...
– Ouais.
– Euh... Le fait de l'avoir présenté en RMM, est-ce que ça t'a permis d'apporter des choses en plus... sur ta réflexion, sur... sur euh...
– Je pense pas ça, par contre. Ça permet surtout, au moins, de dédramatiser...
– Ouais.
– Oui, alors après, ça m'a peut-être permis de... - je sais pas si je l'aurais fait aussi sans... non, en discuter... - mais d'être plus vigilante, quoi, de... C'est ce que je te disais, ça m'a permis aussi... enfin, je sais pas si ça sert vraiment beaucoup mais j'ai analysé... Qu'on me dise euh.. l'analyse du système : « voyez, y a cette barrière-là, y a cette barrière-là, avec l'infirmière, avec ça... » J'ai trouvé ça intéressant. J'y ai repensé mais je peux pas te dire si ça m'a vraiment... si ça a vraiment changé quelque chose... Je sais pas si je suis à côté, là dans ma réponse...
– Non, non. Non, non.
– Euh... Voilà. (sonnerie de messagerie du portable - sourire) Ça n'arrête pas, de partout.
– Euh... Selon toi, est-ce qu'une RMM comme on l'a faite, ça apporte quelque chose par rapport à d'autres enseignements qui sont déjà en place... au sein du DES ?
– Alors clairement... par rapport aux GEP, ouais. Je pense que c'est un des meilleurs GEP que j'ai fait, du coup.
– OK.
– Euh... ça fait du bien. (silence) Euh... Alors, c'est par rapport à la formation des internes ?
– Euh...
– Ou est-ce que c'est par rapport à ma pratique, par rapport à ma façon de voir les choses...?
– Bah... est-ce que... est-ce que, par rapport à des ateliers, des GEP, par exemple, est-ce que ça apporte quelque chose en plus ?
– Ah ouais, je pense qu'il faudrait un GEP... Après moi, je discute beaucoup... facilement de mes erreurs, en GEP... Voilà.
– Ouais.
– Mais euh... en fait... le fait d'être obligé, et d'écouter les cas des autres, ça te confronte à ce qui t'est jamais arrivé mais qui pourrait t'arriver et ça te... voilà, ça te fait tiquer sur des choses. Bon, par exemple, le scan – je reviens tout le temps là-dessus, mais bon... Alors qu'avec mes potes, ils vont me raconter des trucs mais on discute comme ça, on se raconte nos cas...
– Ouais ?
– Mais c'est pas euh... On s'expose pas tout le cas, on... Là, je trouve qu'il y a eu vraiment des exposés où on peut s'imaginer : l'autre avec son œil, là. Elle vient avec son insuffisance cardiaque, on en a rien à faire de son œil. Elle meurt ou...
– (rire)
– Nan, mais je trouve... vraiment, cette situation, elle est... Je comprends qu'a posteriori, on puisse se dire : « Qu'est-ce que j'ai fait ? ». Mais, voilà... C'était pas l'urgence. Quand on revient terre à terre... Il a... il a eu raison, dans la pratique quand même...
– Ouais.
– Euh... Si, moi je trouve que c'est bien.
– OK. Ouais, y a quand même des choses que tu... que tu retrouves pas dans d'autres euh...
– Non, que t'as pas, par ailleurs. Après... après, tirer une leçon de mon cas, à moi...
– Ouais ?
– J'en ai pas besoin. Tu sais... quand je culpabilise de mon cas, bah j'en parle et du coup... ben voilà. Enfin, ça dépend des personnes mais moi... comme j'en parle... je sais pas si ça me fait du bien, pour moi... outre dédramatiser mais... dès que j'en parle, je dédramatise...
– Ouais.
– Mais...
– Donc, ce côté-là, tu l'as déjà plus ou moins, à l'extérieur.
– Ouais, voilà. Par contre, ça m'a fait réfléchir sur d'autres cas qui pourraient m'arriver. En gros, ça a fait comme si ça faisait un barrage... de mes futures erreurs.
– D'accord.
– J'sais pas si j'explique bien mais voilà, de me dire... Voilà, le scanner, je me dis maintenant : « Ah, il a un scanner, je vais essayer, juste avant, de vérifier sa créat' », quoi.
– Hmmm.
– C'est des petits trucs, comme ça...
– OK. Ouais.
– Voilà. C'est vrai que l'œil, j'y ai repensé en me disant : « Hmm, faut faire gaffe, y a une urgence mais voilà, faut essayer d'être... d'être complet et... ». Après, je pense que chez le médecin généraliste, c'est encore autre chose. Dans le cadre d'urgences – urgences... c'est pas la même pathologie que t'as. Le mec, il est en décompensation cardiaque dans ton cabinet, c'est vrai que tu vas pas t'occuper de son œil, non plus...
– (sourire) Non.
– Non, mais voilà. Donc, ouais je pense que ça peut faire naître d'autres barrières, sur des cas... à venir. C'est peut-être... ça limite d'autres fautes.
– Euh... est-ce que tu serais d'accord, du coup, pour en refaire...? Bah, je sais que t'as bientôt terminé toi, du coup, mais est-ce que tu serais d'accord pour en refaire, éventuellement ?
– Oui. Alors après, je vais dire un truc qui se dit peut-être pas trop mais euh... avec des gens, au moins de mon année.
– Ouais ?
– Pas avec des premiers semestres, quoi.
– Premier ou deuxième semestre. Je trouve que y a pas... t'as pas le... Après c'est peut-être intéressant pour eux... Oh, je sais pas pourquoi je dis ça. Peut-être... Je trouve que le premier semestre, par exemple, moi je trouve que quand j'étais en premier semestre... j'avais l'impression que j'étais larguée partout, que je... Après, on fait peut-être des erreurs mais c'est... voilà, c'est des erreurs... Normalement, t'as ton chef qu'est censé passer derrière toi donc c'est un peu scandaleux, si tu fais des erreurs en premier semestre... Parce que, normalement, on est censé te récupérer, quoi.
– Ouais.
– Euh... je pense... Après, voilà, quand tu deviens plus grand, je trouve que t'as une maturité qui est née et, justement, on te checke moins et t'es... tu fais plus d'erreurs... Bah, t'as... t'as plus de responsabilités et...
– et y a plus de risques, par rapport à ça.
– Et c'est là où, justement, tu dois créer des réflexes, pour tiquer sur... sur tes bêtises. Mon premier semestre, j'aurais oublié de vérifier la créat', j'aurais culpabilisé. En même temps, maintenant, je me dis, en premier semestre, c'est pas à moi de vérifier la... Si, c'est à moi...
– (rire)
– Nan mais voilà, je veux dire, en quatrième semestre, t'es quand même censé commencer à dire : « Bah oui... je le sais très bien qu'il faut vérifier la créat'. » Voilà, je trouve que c'est pas la même... M'enfin, ça peut être intéressant... ça peut plus être intéressant pour les premiers et deuxièmes... En fait, je sais pas trop... si... si ça va être fiable, ce que je te dis.
– (rire) T'aurais l'impression, peut-être, que ça servirait moins aux années suivantes que aux premiers et deuxièmes semestres.


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

– Je pense que... Ouais, je pense qu'on prendrait pas forcément... Ou, en tout cas, moi je trouve que j'ai vraiment évolué entre... mon premier semestre et... même, on va dire le cinquième semestre, après être passée chez le prat'. T'es beaucoup... quand t'es... quand t'as vieilli dans ta médecine, en tout cas, je trouve que... euh, t'es capable de... de faire attention à des choses où en premier semestre, tu n'es pas capable parce que tu réfléchis à ton Lovenox, combien tu dois mettre en préventif, est-ce que tu l'as bien mis, voilà... Tu réfléchis à des trucs basiques, où t'es justement à fond dans ton informatique à te dire : « Est-ce que..? », voilà, et que après bah, t'es censée savoir... bah, t'as jeté un coup d'oeil à tes pres', tes papiers, tes machins et tout, mais te dire : « Ah, scan' : créat' ; nin nin nin... », de faire plus de liens parce que t'as... t'es moins chargée par des choses où, en premier semestre, t'es censée... t'es beaucoup plus... T'as... t'as beaucoup plus de choses à acquérir et après, t'en as encore pleins mais je veux dire...
– Ouais.
– Rho, j'arrive pas à expliquer ce que je veux dire... T'as des choses basiques, qui sont là et que tu sais et t'es censé être plus ouvert... plus capable de réceptionner des informations et faire le tri, en disant : « Ça, c'est important ; ça, c'est pas important... »
– Hmmm.
– « Il a son scan', voilà la créat' »...
– Bah, mieux organiser, normalement, ta pratique et...
– Parce que tu sais la base. Tu sais que t'es pas.... Tout prend du temps au premier semestre, je trouve... Parce que rien n'est fluide, dans ta tête. En tout cas, je parle pour moi. Moi, en premier semestre... euh...
– Bah, je m'y retrouve aussi un petit peu, oui. (rire)
– Oui mais, voilà. Je me suis rendu... Enfin, ça n'a rien à voir mais à X... cinquième semestre, quand je suis revenue à l'hôpital, je me suis dit : « Ouah ! En fait, je suis capable d'écouter mes chefs sur toutes les informations qu'ils me donnent ». Et je me suis dit : « En fait, j'ai jamais fait ça, avant. » Pouvoir tout entendre, autant de trucs de spécialités, qui sont compliquées quand même, de me dire les... J'étais capable de tout entendre et de comprendre, au moins, pourquoi ils le voulaient. J'y aurais pas forcément penser mais, voilà... d'écouter toutes ces informations.
– OK.
– Et, du coup, bah... si t'écoutes, t'es censé plus comprendre et t'es censé mieux gérer les choses qu'un premier semestre, qui... qui débarque.
– OK. Et, du coup, si je te suis, tu penses que ce serait plus utile, justement, maintenant, que au tout début...
– Ah oui. Ah non, clairement. Oh... Ouais. Moi, je trouverais ça intéressant de... Je pense qu'à partir du... quatrième semestre. Début quatrième, quand t'as fait déjà trois stages, t'as fait deux stages hospitaliers...
– Ouais.
– Voilà. Mais c'est comme... quand tu fais un semestre de pédiatrie, t'es niveau début. Parce que c'est trop tout nouveau, tu sais. Oui, je pense qu'il faut avoir un petit peu vieilli, un petit peu... T'as trop un fossé entre l'externat et l'internat. Au début de l'internat, t'es trop nul.
– (rire)
– Non, mais moi, j'étais trop nulle !
– Ouais, t'as trop besoin... t'as trop de domaines à apprendre...
– T'as trop de choses à gérer. Ouais, voilà, tu nages partout. Donc... J'en aurais raconté des choses, hein, en deuxième semestre.
– Ouais.
– Mais, avec mon œil de maintenant, je me dis que bah... c'était pas non plus trop de ma faute, en fait...
– Hmmm.
– Que j'étais pas capable, à cette époque-là, de... de pouvoir gérer tout ça. Donc...
– OK. Est-ce que... On arrive à la fin donc... Est-ce que t'as d'autres remarques à faire ? Sur le déroulement de l'entretien, sur des points que tu voudrais approfondir..?
– Euh... Non... Euh... Non, je pense pas. J'ai dit (???). Les gens, ils répondaient à des trucs, là.
– Euh... Y avait parfois d'autres remarques. Mais, par exemple, si y a quelque chose que tu voulais... auquel tu as repensé sur une question du début ou...
– Ah, non, moi, je te l'ai dit dès que j'y ai repensé. Je pense que tu vas... T'en as un peu partout...
– Je vais faire un peu de slalom. (rire)
– Ouais, ouais...
– Euh... est-ce que tu verrais, en revanche, des... des petits points à améliorer, justement, dans le dispositif comme... tel que je l'ai organisé ?
– … Est-ce que j'aurais des choses à..? (silence)
– Bah, par exemple, tu m'as parlé du fait que c'était plus utile... enfin que ça te semblait plus utile...
– Ouais. Ça, ouais...
– vers la fin du cursus. Est-ce qu'il y a d'autres choses qui te paraîtraient devoir être intégrées ou... modifiées ?
– Hum... Je sais pas bien... J'étais en train de me dire : est-ce que le tuteur a sa place ?
– (rire) Hmmm...
– Bah, en même temps, oui. Parce que, du coup, ça fait un regard... Il est cool X, du coup ça fait un regard un peu bienveillant.
– Ouais ?
– Euh... ça fait un regard d'un médecin généraliste, de quelqu'un qui pratique. En même temps, il avait pas beaucoup... il était pas beaucoup intervenu. Non, en fait, je pense qu'il faut quelqu'un d'extérieur.
– Hmmm ?
– Même toi. En fait... tu sais, je pense juste mais... du coup, à des moments, vous discutiez à deux. Tu vois, bah, pour nous dire l'analyse c'est dire qu'il y a des barrières, y a ça et... Enfin, au moins un...
– Un modérateur ?
– Un modérateur. Bon après, je sais pas si il faut quelqu'un d'extérieur mais il faut un modérateur. Ooouais, un modérateur qui s'y connaît un petit peu quand même...
– Ouais, qui a l'habitude quand même.
– Ouais. Je pense. Je pense que c'est plus intéressant avec un modérateur parce que si nous, on faisait ça, entre nous, en GEP, ça partirait partout.
– (rire)
– Bah, je pense... Puis après, le modérateur, si il s'y connaît, il pourra temporiser un peu les choses ou refaire sortir des choses ou, au moment où tout le monde en parle, y a pas... T'es dans l'émotion, quand même, quand tu racontes une bêtise et tout ça...
– Ouais ?
– T'as pas... Il faut quelqu'un qui recadre les choses. Ouais, je pense : modérateur, quatrième semestre... Qu'est-ce que je pourrais dire, qui aurait été bien ? (silence) Peut-être pas trop de monde.
– Hmmm ?
– Après, ça aurait été... Ouais, 4-5 cas. Pour apprendre des choses, parce qu'il y en a, des cas, où t'as déjà fait l'erreur ou...
– Ouais ? Bah là, par exemple, on était 10.
– On était 10...
– Enfin, vous étiez 10, du coup, parce que moi, j'ai pas participé mais... ça te semblait...
– C'est peut-être beaucoup 10.
– Ouais ?
– Mais je sais que j'ai tout écouté.
– Hmmm.
– Mais euh... 8, ça devrait être le maximum, je pense.
– D'accord.
– Pour que tout le monde puisse bien parler, pour qu'on puisse vraiment avoir du temps sur les cas.
– OK.
– Après, ouais... Je sais pas, quand t'es... plus grand, comment c'est... Parce que voilà... Vu que moi, je critique mes cas... Là, j'ai fait un autre cas, la dernière fois. J'étais trop stressée, j'ai une patiente euh... j'ai... On a eu un arrêt le matin, c'était horrible, journée horrible. J'étais trop pas bien et tout... et je lis ma prise de sang : créat' qui flambe... Mais elle est passée de 100 à 240. Et je lis au-dessus et je lis : kaliémie. Et kaliémie, je vois... 5,60 ou je sais pas quoi. Pffff... Je fais l'ECG, je cours partout, j'appelle mon chef pour lui dire, j'allais la transférer aux soins...
– (rire)
– Du coup, je lui aurais tout balancé : salbu et tout, hein... Et mon


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

chef, il me dit : « Je vais venir Amélie (prénom changé), t'as pas l'air d'aller bien. » Du coup, il arrive et puis on refait le point sur d'autres patients et tout... Et là, on retourne sa pancarte et c'était... glycémie ! C'était pas... kaliémie !
– D'accord (rire) !
– Et, du coup... parce que c'était la ligne au-dessus, quoi. Donc, voilà. Et, du coup, ce cas... bah, je sais très bien le critiquer. C'est grave, ça aurait pu être très grave. Là, je me suis dit : « Waouh ! ». Là, j'ai pris cher quand même parce que je me suis dit que, pour la patiente... ça... ça s'est bien passé mais ça aurait pu très mal se passer, par ma faute... Euh... mais euh... je me critique déjà, quoi.
– Ouais ?
– Euh... et je vois pas ce que j'aurais... j'aurais pu changer. Être plus attentive... mais...
– Bah, y a... y a des cas, c'est sûr que tu peux pas forcément améliorer... tu peux pas forcément dire...
– C'est sûr que, maintenant, je regarde bien. À la fin, j'étais là : « C'est la glycémie, au-dessus... ». Voilà, mais bon... Euh... donc je pense qu'il faut un modérateur, quand même qui s'y connaît. Après... après, c'est dur de trouver des cas... Après, quand t'es tout seul, chez le prat', et que t'es plus interne, c'est facile. En fait, je pense qu'il nous faut un pendant notre internat... pour connaître.
– Euh... une RMM ?
– Ouais.
– Ouais, ok.
– Pour connaître et après... après, je pense que quand tu grandis, tes cas, ils... quand t'es plus interne, tes cas ils sont... ils sont différents. Ils sont plus compliqués que : « Voilà, j'ai fait une erreur de prescription », quoi. Ils sont plus réels... ils sont... ils sont tout autant réels mais ils sont... ils doivent être plus mûrs, quoi. De se dire... euh... Ah zut, mais tu dois transcrire tout ça...
– (rire) T'inquiète pas, t'inquiète pas.
– Nan, mais voilà. J'imagine, quand t'es chez le prat' et que tu fais une bêtise, c'est que... t'as cru bien faire et que t'as merdé mais tu t'en rends compte plus tard... aussi. C'est pas des... c'est pas le même cheminement qu'à l'hôpital.
– Hum... ça peut, ouais... enfin, tu peux effectivement avoir la révélation plus tard mais, globalement, t'as aussi, effectivement, des problèmes de coordination, des problèmes de... de... de prescription... Tu retrouves aussi des choses de... que tu vois à l'hôpital, quoi. Donc, bon... c'est... ouais.
– Hum...
– Bon, je pense qu'on va arrêter là, du coup.
– Hum.

## 1er Groupe - Entretien N° 10 du 24/06/2014

– Allez. Bah, bonjour à toi, hein.
– Salut
– Merci euh... merci d'avoir accepté de me revoir, du coup, pour... pour cet entretien. Donc, comme je te l'avais expliqué lors des précédentes étapes, hein, toute la démarche est organisée pour mon travail de thèse.
– Hmmm...
– Euh... qui s'intéresse à un point de... de la qualité et de la sécurité des soins, chez les internes de médecine générale. Euh... l'objectif était de tester donc, en particulier, la revue de morbidité et de mortalité, euh... en tant qu'outil d'amélioration de la pratique et puis également ben pour permettre de revenir sur les situations qui euh... qui avaient pu être vécues de manière désagréable. Euh... avant de débuter donc je veux t'informer que tout l'entretien sera sera enregistré, entièrement transcrit donc, pour me permettre de travailler dessus, euh... et euh... malgré tout ça, les données resteront anonymes et rien ne permettra d'ta... de... de t'identifier dans le travail final.
– OK.
– Alors, avant de débuter, euh... je vais juste te poser quelques petites questions sur ton parcours. Euh... alors déjà, quel âge as-tu ?
– Euh... 26.
– Hop, 26 ans. Euh... quel semestre... à quel semestre étais-tu, lorsqu'on a fait la... la RMM ?
– C'était il y a un an ?
– Euh... c'était en septembre 2013.
– Donc euh... du coup... septembre 2013 ? Euh... et ben, j'étais en quatrième.
– D'accord. Et qu'est-ce que t'avais validé, du coup ?
– À l'époque ?
– Ouais.
– J'avais validé euh... stage de méd', stage de gynéco-pédia et les urgences.
– OK. Et là, t'étais en train de..? de faire euh..?
– Là, actuellement ?
– Non, non, le... au moment où on faisait la RMM ?
– Euh... je devais être en... je devais être en.... comment s'appelle ? Euh... en gériatrie.
– OK. Donc deuxième médecine adulte.
– Ouais.
– (toux) Pardon. Du coup, t'avais pas encore fait le... le stage prat' ?
– J'y suis là, actuellement.
– OK. Alors, on va commencer. Euh... avant d'en faire une, dans le cadre de mon travail de thèse, est-ce que t'avais déjà entendu parler de la revue de morbi-mortalité ?
– Pas spécialement, non.
– OK. Jamais vu, ni assisté..?
– Non. Non, non.
– D'accord. Ni dans les services où t'étais euh... passé ?
– Nan.
– OK.
– On m'en avait jamais parlé dans mon stage donc euh...
– OK. Même en tant qu'externe, t'avais jamais vu ce genre de..?
– Enfin si, j'en avais déjà entendu quand j'étais externe mais euh... enfin, j'y prêtais pas énormément attention, quoi. Euh... en tant qu'interne, c'est sûr que non. En tant qu'externe j'avais dû en entendre parler par les cours, les truc comme ça, vaguement en stage mais euh... mais j'en ai jamais vraiment vécu, en tout cas.
– D'accord. Donc tu savais pas vraiment ce que c'était, quoi.
– Non.
– Euh... alors bon, par rapport, maintenant, à l'organisation euh... ben du travail que j'ai proposé, comment est-ce que t'as trouvé les explications euh... orales, déjà, que j'avais données lors de la séance de présentation ?
– Ben, j'avais trouvé que c'était vachement bien, justement.
– Ouais ?
– Assez intéressant parce que, du coup, euh... ça permettait d'en... de discuter pas mal. Ça permettait vraiment de savoir tous les problèmes... mais aussi de se situer, dans les problèmes dans lesquels, eux ils avaient été.
– Alors, attends. Euh... avant euh... avant la revue elle-même...
– Ouais ?
– déjà la présentation que j'avais fait, du projet ? Euh...
– Qui portait sur...
– Ben, je vous avais vu au... au GEP précédent.
– Ouais, où on était tous ensemble ?
– Ouais, voilà. J'étais venu, à la fin d'un GEP, pour vous expliquer un peu la démarche, en fait.
– Ouais... Ah ! Avant... avant qu'on puisse...
– Avant qu'on fasse vraiment le... ouais, la revue.
– Qu'est-ce que, moi, j'en avais pensé ?
– Ouais, ce que...
– Ben, que c'était, justement, un sujet assez intéressant parce que... enfin, c'est vrai que... c'est pas forcément des sujets... où on en parle trop de... de nos problèmes que... qu'on a pu rencontrer.
– D'accord.
– Donc je trouvais que c'était assez intéressant, justement, que t'aies... que t'aies proposé ça.
– OK.
– Et puis euh... voilà, après, le GEP qu'on a passé était... était justement bien, ouais.
– D'accord. Et les explications que j'avais données, sur, justement, le déroulement t'avaient parues euh..?
– Claires. Ouais, ouais.


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

– OK.
– Ouais, clairement.
– Alors, même question sur les explications écrites que j'avais données, donc la fiche de procédure que j'avais distribuée et puis les mails éventuellement que...
– Hmmm...
– j'avais écrits.
– Hmmm... Bah, c'est bien mieux parce que, en plus moi, je suis plus du genre à le... à plutôt enregistrer quand c'est écrit. Enfin, je suis plus euh... mémoire visuelle.
– D'accord.
– Donc... c'était bien que tu aies, justement, écrit euh.... par mail, ce... ce genre de chose, ouais.
– OK.
– Beaucoup plus simple pour moi, ouais, parce que, justement, quand euh.... après quand tu... quand y a eu ce rendez-vous, je me suis vraiment appuyé sur ce que toi tu cherchais, grâce à ce mail-là. Donc euh... c'est pour ça que c'était bien que t'aies fait une sorte de rappel, oui.
– OK. Et donc, globalement, euh... avant euh... le jour où on a fait la réunion, t'avais une idée assez claire de ce qui allait se passer...
– Ouais.
– ou euh..?
– Ouais, ouais, ouais ! Ben, oui, je... enfin, je voyais à peu près comment ça allait se dérouler. Chacun allait exposer son cas, on allait en... en discuter ensemble, sans forcément qu'il y ait de... d'interprétation ou de jugement, vis-à-vis...
– Hmmm...
– de la personne. Euh.... voilà, et puis je... j'avais bien clarifié, je savais sur... quoi tu voulais faire ton étude et, donc moi, ce que je devais, justement, développer sur... sur le sujet.
– OK, très bien. Euh... alors, comment s'était passé le choix de ton cas, justement ?
– Pourquoi j'ai choisi celui-ci ?
– Pourquoi et puis euh... enfin, oui. Enfin voilà, essentiellement, pourquoi t'as choisi celui-là, ouais ?
– Ben, je trouvais que... parce que c'était un... c'était un cas, quand même, qu'était assez perturbant, étant donné que ça m'était arrivé peu de temps avant, déjà.
– Hmmm...
– Donc c'était assez marquant. Euh... et puis euh... justement euh... j'étais... j'avais pas été très à l'aise, étant donné que... ils étaient assez agressifs euh... envers moi, les pa... enfin, c'était pas le patient lui-même mais c'était, justement, la famille qui me mettait une certaine pression. Et puis, le fait que, justement euh... ça s'était passé aux urgences de X et euh... les patients pouvaient directement avoir accès avec euh... notre bureau, on va dire, parce qu'il y avait pas de... de réel bureau, pour... pour les médecins...
– Hmmm...
– Ça faisait un immense couloir et toutes les portes, tu vois, de... des.. des chambres étaient tout autour de ce couloir. Donc, étant donné, que c'était ouvert, ils pouvaient carrément euh... entrer nous voir, dans notre pseudo bureau, quoi, tu vois.
– D'accord. Donc t'avais déjà, en fait, même... repéré toi-même des euh...
– Ouais.
– des dysfonctionnements.
– Ah, ouais, ouais. Ça allait pas. Enfin moi, ça m'avait choqué, le...
– (petit rire)
– le... le... Déjà l'organisation. La première garde que j'avais passée, justement, aux urgences là-bas, ça m'avait carrément... étonné, quoi, parce que c'était pas du tout foutu comme ça. Surtout qu'avant, je sortais de... des urgences de... de Y... de Z ! Donc j'avais déjà eu deux types de... d'urgences, où je pouvais voir que c'était vraiment pas... pas concordant, quoi.
– Ouais. OK.
– Euh... hmm... et puis y avait eu cette agression. Il y avait eu le cas de l'agression, euh... avec... avec l'infirmière d'accueil, où y avait quelqu'un qu'était... qui avait pu pénétrer... enfin, sauter par dessus le... le comptoir pour... rentrer directement dans cette... dans cette pièce-là. Donc y avait vraiment un sentiment d'insécurité, quand même, qui régnait à ce moment-là.
– D'accord. Qui t'a fait euh...
– Hmm.
– vouloir en reparler, quoi.
– Voilà. Plus... plus... l'erreur, où, justement, avec la pression que me mettait la famille, entre guillemets, pour qu'ils me laissent tranquille, pour que je puisse finir de travailler, j'avais dû lâcher quelques infos, que j'aurais pas dû, que la personne m'avait révélées, quoi.
– Hmm.
– Donc... Donc, voilà.
– OK.
– C'est pour ça que je l'avais choisi, quoi. Parce que je culpabilisais, d'une part, et, de deux, parce que c'était vraiment un contexte que... qui faisait que... on pouvait faire énormément d'erreurs, justement à ce moment-là, quoi.
– D'accord.
– Voilà.
– Euh... ce cas, t'en avais déjà discuté auparavant avec euh..?
– Nan. Enfin, avec des... avec mes co... Enfin, avec des amis, quoi.
– Avec tes co-internes, ouais.
– Oui, enfin pas directement avec mes chefs.
– D'accord.
– Mmm... Voilà, parce que j'avais tout de suite ciblé... Enfin moi, le... le problème qui m'avait perturbé, c'était d'avoir fait la bêtise. Mais justement... Enfin, c'est vrai que... quand... enfin, quand... je m'en rappelle, je suis allé, quand même, voir mon chef parce qu'il fallait quand même qu'on... qu'on se fasse encadrer...
– Hmmm...
– par chaque cas. Et, justement, je lui avais révélé que j'avais fait cette pseudo erreur. Euh... on... C'est vrai que j'en avais discuté juste avec ce chef-là, oui.
– D'accord.
– Le chef que j'avais, le jour J.
– Directement après euh...
– Ouais, juste après. Après, j'en ai plus reparlé parce qu'on avait réglé le problème, on avait bien compris que c'était pas forcément... enfin, si, c'était quand même une erreur de ma part mais qui pouvait se comprendre, étant donné que j'avais une certaine pression. Donc voilà... donc j'avais bien ciblé que... enfin, ce qui fallait que je corrige et ce qui faisait que j'avais pu arriver à faire une erreur comme ça.
– D'accord.
– Voilà.
– OK.
– Donc j'en ai parlé mais vraiment à l'instant, juste après. Après, plus du tout.
– D'accord.
– Voilà.
– Euh... alors maintenant, on va passer, justement, au moment de la... de... de la réunion, euh... ce jour-là, de ton point de vue, comment s'était passée la présentation de ton cas ?
– Bah, déjà tout le monde m'a écouté.
– (rire étouffé) Ce qui est déjà une bonne chose !
– Donc ça s'est bien passé. Puis après, je pense que ça a bien s... enfin, ça a bien cerné les gens puisque... on en a pas mal débattu, après, de ce problème.
– Ouais ?
– Je pense que, aussi, durant le cas, étant donné que t'avais bien étayé euh... les points qu'il fallait développer, donc j'avais quand même, sur mon cas, fait point par point... enfin, essayé vraiment de cerner, pour que ce soit plus simple pour toi, au niveau de... des points qu'allaient pas, ce qu'il fallait corriger - parce que je crois que c'étaient surtout ces deux trucs-là - donc j'avais fait étape par étape, donc ça s'était bien passé.
– Hmmm...
– Et après, l'entretien euh... secondaire, après... après l'expression du cas euh...
– Alors, justement, ouais, euh...
– Alors...
– Voilà... cette... toute l'analyse de... toute la partie, justement, d'analyse du cas...
– Cette zone-là ?
– Ouais, ouais.
– Bah, ça s'est... ça s'est bien passé puisque... après j'intervenais quasiment plus, étant donné que j'avais vraiment exposé toute


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

la scène. Donc après, c'était vraiment des interactions entre... entre les gens. Ça a dû durer cinq ou dix minutes. Euh... voilà, on a pas été plus loin. Enfin, c'était...

– Ouais...
– C'était simple et clair, quoi. Donc... voilà, enfin. Ça s'était bien passé. (voix élevée pour surmonter des bruits, derrière) Après, je me souviens plus tout à fait vraiment comment ça s'était réellement passé mais j... j'avais pas eu le sentiment que, justement, ça avait choqué certaines personnes ou euh... ou que ça ait posé de problème, qu'on en avait débattu éternellement parce que sin... Finalement, je te dis, pendant l'entretien, j'avais vraiment ciblé les... les problèmes que j'avais eus donc après, euh... c'était beaucoup plus simple de discuter, quoi.
– D'accord. Et euh... donc selon toi, sur l'analyse du cas, quel a été l'apport, un peu, des autres internes ?
– Mmm... Je dirai que... justement, bien respecter le secret médical.
– Hmmm...
– C'est surtout ça parce que c'était, entre guillemets, l'erreur que j'avais faite. De la rompre parce que c'était une info qu'elle m'avait révélée, que, finalement, j'avais dévoilée derrière, en partie. Parce que je pensais que... ils étaient forcément au courant parce qu'ils étaient dans la même pièce, alors que non. Et euh... donc, ils m'avaient surtout dit, ouais, de bien faire attention à... à ça, quoi. Surtout bien respecter le secret médical et le... le gros point, c'était de t'assurer que les gens qui sont à côté, qui c'est déjà et euh... qu'est-ce qu'ils savent, avant que, toi, tu puisses leur donner d'autres infos.
– D'accord.
– Choses que je faisais auparavant et que j'avais pas eu... la chance de... de faire à ce moment-là, quoi.
– D'accord.
– Voilà, c'était ça.
– OK. Euh... alors maintenant, par rapport aux cas des autres internes, ben justement, qu'est-ce que t'as pensé des euh... des présentations qu'ils avaient faites ?
– Alors, je m'en sou... Je t'avoue que je m'en souviens plus des cas que... qu' ils avaient étayés mais je me souviens que c'était vraiment un des GEP qu'était le plus intéressant qu'on... qu'on ait eu, justement.
– Hmmm...
– Parce que c'est là où on a... le plus discuté vraiment de... de choses concrètes, quoi. Parce que je trouvais que les GEP, euh... à la base, c'était trop carré, trop universitaire et, celui-ci, c'était vraiment des... des cas personnels, où euh... où, justement, y avait beaucoup plus de débat, quoi. C'était pas : « comme ça ou comme ça ». C'était : « Ben, c'est vrai, qu'en fonction de cette situation, on peut vraiment... (bruit derrière) enfin, faire différemment ». Donc, moi, j'avais trouvé que ce GEP, justement, était assez intéressant et j'avais appris pas mal de choses parce que c'est vraiment des situations où on se pose pas la question, forcément, et que... quand ça nous arrive, ben on est bien content que... y ait déjà quelqu'un qui nous ait expliqué comment, lui, il aurait fait.
– Ouais.
– Donc c'est pour ça que, moi, j'avais trouvé ça intéressant. Mais après, je t'avoue que... des cas, clairs, je m'en rappelle plus.
– D'accord. Bon, pas de souci. Euh... alors, pareil sur la... l'analyse, en fait, des cas des autres internes, euh... comment ça s'était passé, de ton point de vue ?
– Mmm... Bah, au début, euh... t'es quand même assez attentif parce que, justement, ils détaillaient vraiment le cas.
– Hmmm...
– Donc, pendant les dix premières minutes, on parle pas puisqu'on est quand même assez concentré sur ce qu'ils racontent. Et puis après, euh... justement, assez libre de pouvoir prendre la parole sur ce que, nous, on a ressenti, de reparler de ce que, lui, a ressenti et puis, ensuite, de faire une sorte de conclusion sur ce qui faudrait faire, dans ce cas-là, quoi.
– OK.
– Voilà.
– Et donc... ben, qu'est-ce que t'as pensé un peu, justement, de ce déroulement, euh... de cette façon de faire ?
– Bah, c'est intéressant, ouais. J'ai trouvé ça super intéressant parce que t'es pas forcément d'accord avec ce que font, forcément, tous les gens.
– Ouais...
– Après, euh... je pense que tu leur dis pas forcément, automatiquement, parce que, justement, on va pas juger euh... l'autre personne, étant donné qu'on est pas à sa place. Mais euh... mais je trouvais ça, ouais, justement, assez intéressant et euh... et formateur puisque... parce que, justement, euh... c'est des situations où, moi, j'aurais pas forcément été à l'aise et donc ça me fait un peu réfléchir sur euh... ce que j'aurais pu faire, moi, euh.. dans son cas, quoi. Voilà.
– OK. Euh... qu'est-ce que t'as retenu, globalement, des actions d'amélioration qui avaient été proposées, euh... lors de la revue de morbi-mortalité ?
– J'avais pas assisté. À la revue ?
– La revue, justement, c'est le... la réunion.
– Ah ! Celle que nous on avait faite...
– Ouais, ouais...
– après le GEP ?
– Euh... qu'est-ce que t'as retenu, en fait... Tu sais, à chaque cas, normalement, on proposait, justement, des euh... ben, des points négatifs et puis des actions euh... pour améliorer ces point-là.
– Ouais ?
– Qu'est-ce que tu te souviens.. qu'est-ce que t'as retenu de... de... ces actions d'amélioration qui avaient été proposées, ce jour-là ?
– Bah, il faudrait que je me rappelle, en fait, des cas. Parce que je t'avoue que... là, sur le coup, euh... j'arriv... Étant donné que j'ai pas la base de... du sujet sur lequel on parlait... de... des différents cas...
– Ouais...
– j'ai vraiment du mal à me dire, vraiment, ce que j'en ai retenu.
– Tu te souviens plus précisément du cas des euh... des actions..?
– Ben, je me souviens surtout de mon cas parce que voilà.
– Ouais.
– Mais, après, je t'avoue que... les autres, étant donné que c'était y a... combien de temps ? Ouais, c'était en septembre.
– Ben, y a neuf mois, ouais.
– J'ai pas forcément les cas en tête, donc...
– OK.
– C'est vrai que si on en reparlait et que tu me disais le... le cas, je pense que j'arriverais à retenir, vraiment, un point mais...
– Et alors, du coup, plus généralement, euh... est-ce que t'as noté des changements dans ta pratique, après euh... après la revue ?
– Ouais, quand même. C'est-à-dire que... je suis, quand même, beaucoup... déjà, plus concentré...
– Ouais...
– sur... sur ce que, moi, je dis, euh... sur les infos que me révèlent les... les patients. Je suis plus... je suis plus à juger, à me re... à remettre tout en question, quoi. Et euh... c'est-à-dire que, maintenant, euh... dès que... euh... dès qu'il y a un patient qui me révèle une nouvelle info, qu'a pas forcément un lien avec ce sur quoi il vient à la base, j'essaye quand même de... développer un peu plus.
– Hmmm...
– Alors que, avant, j'aurai plus eu tendance à faire, un peu : « Bon ben, c'est pas grave, quoi. Si, toi, tu juges que c'est pas important, bon ben, on va pas le développer ». Alors que, maintenant, je m'attarde quand même plus sur le cas... à être beaucoup plus global, quoi.
– D'accord.
– Et euh... justement, à faire plus gaffe... à faire plus gaffe, justement, à pas faire d'erreur parce que, c'est ce que m'ont appris pas mal de... de médecins, c'est que euh... au fur et à mesure des années, t'as de moins en moins de connaissance, entre guillemets, et, du coup, tu fais de plus en plus gaffe à ce que, toi, tu fais et à ce que euh... et à ce que le patient peut avoir. À beaucoup moins être négligent, quoi.
– D'accord.
– Donc... donc voilà. Pour éviter, justement, de refaire des... de refaire des erreurs, quoi. C'est vraiment, plus ce que... ce que m'ont appris les médecins, que, au fur et à mesure... Moi, j'ai... j'ai un maximum de connaissances, qui vont s'amenuiser, au fur et à mesure, si je l'entretiens pas, mais que, justement, euh... pour compenser, ben, tu fais de plus en plus gaffe à euh... à ce que tu peux prescrire ou à ce que tu peux penser sur... sur la pathologie du patient, quoi.
– D'accord.


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

– Pour éviter ce type d'erreur, ouais.
– OK. Euh... et plus généralement encore, euh... est-ce que euh... est-ce que cette revue, justement, t'avait permis de changer ton regard, par rapport euh... aux événements indésirables, d'une manière générale ?
– Je suis pas sûr que ça me soit vraiment arrivé, des nouveaux événements où j'ai eu des soucis, en fait.
– Ouais...
– Pour faire... pour me rendre compte vraiment de... si ma façon de faire a changé. Je pense, de toute façon, que j'ai pris plus d'assurance.
– Ouais.
– Donc... du coup, euh... je me sens quand même plus serein, pour gérer les... enfin, un événement où je suis un peu sous pression. euh.. Donc je pense que j'ai quand même dû évoluer parce que j'ai plus d'expérience...
– Hmmm...
– Euh... mais peut-être que, du coup, c'est pour ça que j'ai pas revécu des... des situations où j'étais pas à l'aise, où y a eu forcément des erreurs, parce que je pense que, maintenant, je les gère peut-être un peu mieux, quoi.
– D'accord.
– Tu vois ?
– Du fait de l'expérience, déjà d'une f... d'une part, j'imagine, oui.
– Ouais, voilà. Et puis... voilà, parce que, justement, j'appréhende mes erreurs. J'en avais fait pas mal euh... j... je pense que j'avais dû en faire pas mal, au début ; j'ai l'impression d'en faire quand même beaucoup moins, maintenant.
– D'accord.
– Parce que, justement, avec l'expérience, je me sens plus à l'aise pour gérer.
– OK. Donc, l'expérience, d'une part, et est-ce que, justement, ce type de... de réunion a pu également euh... jouer un rôle dans... euh... dans la prévention ?
– Un peu, quand même.
– ou..?
– Un peu quand même parce que, justement, euh... je pense que tu parles pas non plus facilement de... des erreurs que t'as faites, parce que tu dois pas... Enfin, tu vois y a des moments où tu es pas forcément fier de l'erreur que t'as faite, parce que tu sais très bien que t'as fait une connerie...
– (petit rire)
– euh... et je pense que le fait d'en... d'en avoir discuté et de... de te rendre compte, aussi, que t'en as d'autres qui peuvent aussi en faire, je pense que ça... ça aide quand même, même si c'est inconscient, quoi. C'est sûr que sans (?)... c'est pas en deux heures que tu règles tous tes problèmes.
– Nan.
– Mais euh... mais euh... forcément que ça a dû influencer un peu, parce que je trouve que ça fait du bien euh... d'en parler, de toute... nous-même... enfin, avec les autres, quoi.
– D'accord.
– Voilà.
– Alors, d'un point de vue plus personnel, justement, est-ce que la présentation de... de ton cas en revue de morbi-mortalité, donc avec tous les autres internes, a permis un peu de... de changer le ressenti, euh... que tu avais de cet événement ?
– Non parce que, comme je te dis, j'en ai parlé, euh... au tout début, avec... mon chef.
– Ouais.
– Et j'ai réglé le problème rapidement. Euh... donc, déjà, je savais euh... je savais ce qu'il fallait faire avant de... enfin, que moi je corrige... Je savais ce que, moi, je devais corriger, avant de... de... de participer, justement, à ta... à ta revue de morbi-mortalité. Après, j'en ai... je pensais que... enfin, je l'ai... je l'ai développé parce que le sujet est assez intéressant, je trouvais...
– Hmmm...
– pour ton sujet mais euh... Mais moi, j'avais déjà, entre guillemets, réglé le problème, quoi, parce que c'était arrivé il y a... un mois. Mais, euh... même si ça m'avait traumatisé parce que je me dis'... j'avais culpabilisé, sur le coup, après je savais que, justement, l'erreur, je l'avais déjà ciblée, là où il fallait que... corriger, justement, le... le... le problème, quoi.
– D'accord.
– Donc j'étais déjà... je... j'étais déjà mieux dans... dans ma peau, à ce moment-là.
– Et euh... justement, par rapport au... à la discussion que t'avais pu en avoir avec ton senior, euh... le jour-même...
– Hmm ?
– est-ce que la présentation du cas a pu apporter euh... quelque chose en plus ?
– Bah, j'ai plus... étant donné que j'avais jamais, vraiment... j'en avais jamais vraiment rediscuté, justement, avec d'autres personnes...
– Ouais ?
– le fait de réécrire, de développer euh... tous les sentiments et autre que j'avais pu ressentir, ouais, ben, je me suis remis la situation, justement, dans la tête...
– Hmmm...
– donc... pour essayer vraiment de... de tout détailler, pour essayer vraiment de... de savoir qu'est-ce qu'a fait que j'en suis arrivé là ?
– Hmm... D'accord, ouais.
– Donc le fait de tout te réécrire, de tout te redévelopper, euh... ouais, ça m'a aidé, oui.
– D'accord. Et euh... pareil, la présentation, l'analyse qui a été faite avec les autres internes, est-ce que ça t'a apporté des éléments euh... supplémentaires, par rapport à... à tout le travail que t'avais fait ou pas ?
– Pour être honnête, je pense pas. Je pense pas que ça m'a forcément aidé plus parce que... je pense qu'il faut que je sois dans... enfin, faut que je vive l'instant pour... pour me rendre compte que, là je vais faire des erreurs. Parce que, voilà... enfin, étant donné que c'est des cas que, eux, ils ont vécu, je sais pas comment, moi, j'aurais pu réagir.
– Hmm... d'accord.
– Donc... je pense que c'est plutôt mes cas personnels qui font que j'avance. Après...
– OK.
– Euh... après, ce qu'était bien, ouais, justement, dans ces entretiens, c'est que euh... je me mettais à leur place et, du coup, je posais plus directement les questions que, moi, euh... j'aurais pu me poser, à ce moment-là.
– D'accord.
– Qu'on... qu'on... qu'on corrigeait, justement, quand... quand on avait nos dix minutes d'entretien, après l'exposition de chaque cas.
– D'accord. Donc à la rigueur...
– Perso, ça m'a...
– t'as pas eu beaucoup d'apport, par rapport à ton cas à toi, mais les cas des autres ont pu euh...
– Ouais.
– te faire réfléchir, en revanche.
– Voilà. Ça me faisait réfléchir et donc... je posais, de temps en temps justement, une question où je me disais : « Moi, qu'est-ce que j'aurais fait ? ».
– D'accord.
– Ou « Qu'est-ce qui aurait pu m'arriver, dans ce cas-là ? ». C'est pour ça que ces cas-là étaient quand même intéressants.
– D'accord. Euh... alors, plus généralement, maintenant, par rapport... à la méthode, justement, ben, qu'est-ce que t'as men... qu'est-ce que t'as pensé de euh... de la méthodologie de la... de la revue de morbi-mortalité. Euh... donc vraiment, ce travail en étapes avec... la présentation
– Ben que c'est déjà une part. Ça, c'est clair.
– Ouais...
– puis que... ça permet, justement, de... de... de bien développer le raisonnement des gens... enfin, de... de la personne et, ensuite, de... du groupe. Donc c'était quand même bien ordonné et, du coup, euh... du coup, ça permettait quand même d'avancer. Enfin, c'était quand même instructif, étant donné que... ça partait pas dans tous les sens, quoi. Les choses étaient quand même cadrées.
– D'accord.
– Donc... ça, je trouvais que c'était... c'était bien. Bon après, euh... Tu peux me redire, là justement, la question parce qu'il me semblait que j'avais autre chose à te dire.
– Euh... ben, euh... Enfin, qu'est-ce que t'avais pensé, donc, de... de... de la façon dont la... la réunion était construite..?
– Mouais...
– et puis, également, éventuellement, euh... l'intérêt de travailler sur... sur les événements indésirables ?


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

– Euh... ouais, ben, c'est ça. C'est que c'était justement bien clarifié donc, d'entrée, c'était beaucoup plus simple... quand on exposait les cas et puis euh... Après, qu'est-ce que j'ai pensé, justement, de... de discuter de ça, c'est que... ouais, ça permet de... ben, de se livrer un peu, quoi.
– Hmmm...
– Ça permet de se livrer, vraiment, de parler de... de tous les soucis euh... et puis d'avoir aussi une réponse... des autres personnes. Enfin, du coup, que ça permet de... à la limite, d'évoluer, entre guillemets, quoi.
– D'accord.
– Parce que, justement, t'as un peu une réponse d'autres personnes. On peut pas, non plus, tout savoir, on peut pas, forcément, avoir la bonne solution, donc... le fait qu'on ait des... des solutions venant des autres, d'en discuter euh... c'était bien. Et puis que, d'une autre part, on se sente pas jugé, quoi.
– D'accord, ouais.
– On a pas ce sentiment, justement, de se dire : « Ben, j'ai fait une boulette. Qu'est-ce qu'ils vont penser de moi ? ». Donc ça, c'était bien parce que, justement, on savait déjà que... on partait pas pour juger les autres, on avait pas de pression, quoi.
– D'accord. Donc le cadre, justement... enfin, le... le contexte...
– C'était assez sain. C'était assez sain, ouais.
– Ouais, d'accord. OK.
– D'ailleurs, on en a rediscuté en sortant du truc, on était tous contents parce que on trouvait que c'était vraiment euh... ça nous avait apporté, quand même. En tout cas, juste après, on étaient super contents parce qu'on avait l'impression de... que c'était, en tout cas, une... des meilleures GEP, comme je te dis, ouais.
– D'accord.
– C'était vraiment... interactif, intéressant, ça changeait. Enfin, c'était plus direct, en fait.
– D'accord, ouais. Alors justement, qu'est-ce que ça avait pu apporter, par rapport à d'autres enseignements qui euh... qui sont en place, à la fac ? Donc... GEP ou ateliers ou ce genre de choses ?
– Ben, c'est vrai que moi, je suis pas... de base, je suis un peu... Je manque un peu de rigueur.
– (rire étouffé)
– Ça... ça, il faut le savoir.
– Hmmm...
– Je manque un peu de rigueur et, du coup, euh... tout ce qu'est un peu protocolisé, comme ça, euh... où il faut respecter la marguerite des compétences, des trucs comme ça... enfin, je suis... j... j'ai un peu de mal. Même si je sais que... j'ai pas mal progressé. C'est pour ça que je te dis que, maintenant, les erreurs que j'avais faites, je les fais moins parce que je suis, entre guillemets, rentré dans le... dans les rails. Euh... mais euh... l'autre truc, c'est que euh.... justement là, ce... ces cas, c'étaient vraiment des cas concrets, quoi. C'étaient euh... des choses que, nous, on avait pu ressentir et pas euh... d'étaler que... ben, voilà, nous, on a fait le diagnostic de ça, euh... il fallait raisonner comme ça... Enfin, c'était vraiment plus profond, je trouvais.
– OK.
– Parce que... enfin, on parlait vraiment de... nos problèmes que, nous, on avait vécus donc... c'était pas plutôt pour épater la galerie...
– (petit rire)
– mais plutôt pour... « Qu'est-ce que... qu'est-ce que vous auriez fait à ma place ? Parce que ça... c'est vrai que c'était pas simple. ».
– D'accord, ouais.
– Donc, je trouvais que c'était nettement plus intéressant et...enfin, ouais, plus concret, plus profond.
– D'accord. C'est ce que je voulais dire, un côté plus pratique, euh..?
– Ouais, voilà. C'était euh... c'était plus pro... enfin, ouais, plus professionnel, un peu, parce que euh... justement, c'est des cas qu'on peut vivre dans... de tous les jours, plutôt que de nous apprendre des connaissances, qu'on peut parfois avoir.
– Hmmm...
– Parce que, y a des moments, c'étaient quand même des cas bateaux, qu'on exposait. Euh... surtout quand on était en première année, c'est plutôt des cas un peu simples. Donc euh... là, je trouvais que, justement, euh... ça sortait du... de la théorie, quoi. C'était vraiment de la pratique.
– OK.
– Donc, voilà.
– Euh... alors, bon ben, je sais que t'as bientôt terminé, toi, mais est-ce que t'aurais été d'accord pour recommencer ce... type de groupe d'échange...
– Ouais, mais c...
– au cours de l'internat ?
– C'est ce qu'on avait dit, justement, au... au tuteur.
– Ouais ?
– Et, lui aussi, il avait senti que... fallait plus faire de... des cas comme ça, ouais.
– D'accord.
– Parce que c'est beaucoup plus... beaucoup plus... enfin, formateur, je trouve. Alors, pas faire que des... que des problèmes sur les erreurs mais euh... justement, pas f... pas que ce soit trop euh... trop universitaire... avec, voilà : il faut faire comme ça, étape par étape, exposer des cas simples... Enfin moi, je pense que c'est plutôt des cas euh... personnels que... qu'on devrait plus dévoiler. Enfin, comme là, ça c'est passé, quoi.
– D'accord.
– Vraiment parler de nos cas, personnels, qui nous est arrivé, où ça nous a posé problème. Qu'on discute un peu, plutôt que de dire : « Ben voilà, j'ai vu une pneumopathie. Sur la pneumopathie, faut faire ça, ça, ça ». C'est des choses qu'on peut retrouver sur Internet, quoi.
– Hmm.
– Donc... Je trouve que c'était plus dans ce cadre-là, nous, qu'on lui avait dit, ce serait bien qu'il... qu'il continue, pour les autres, à faire ça, quoi.
– D'accord.
– Parce que, moi, je... j'apprends beaucoup plus là-dessus. Enfin, ça... ça me parle plus, quoi.
– OK. Donc on arrive vers la fin, là. Est-ce que t'as d'autres remarques à faire sur... sur les choses qu'on a déjà dites, auparavant ou euh... d'autres ?
– Moi, rajouter ? Non, c'était assez... On a pas pas mal parlé de choses. Mais, comme tu dis, que il faut entretenir ce... ce type de... de réunion parce que... c'est... c'est plus... Enfin, pour moi, c'est vraiment le... côté plus formateur que toi t'as proposé, de... de faire ça en groupe...
– Hmmm...
– c'est sûr qu'il faut faire ça à plusieurs, pas tout seul parce que ça stimule plus. Euh... et ouais... non, moi, je rajouterais rien de plus, à part que, justement, euh... à poursuivre parce que c'était... c'était assez intéressant, ouais.
– D'accord. Euh... éventuellement, est-ce que tu verrais des suggestions, pour améliorer un peu le dispositif, euh...que ce soit dans la présentation, l'organisation, la discussion ? Euh...
– Hmm. Bah, t'avais déjà bien dé... bien développé euh... comment comment il fallait que ça se déroule...
– Hmmm...
– donc... je pense que, justement, avant que chaque GEP ou chaque réunion comme ça, que... y ait quelqu'un qui euh... détaille vraiment comment doit se dérouler le... le... la réunion...
– Ouais ?
– parce que, justement, ça simplifie les choses, c'est beaucoup plus rapide. T'avais dit, justement, qu'il fallait que ça dure vingt minutes. C'était vraiment... c'était vraiment... quand même, assez carré et, du coup, on savait vraiment à quoi s'attendre sur cette réunion, quoi. Et je pense que le fait de clarifier, avant que ça commence, c'est déjà bien...
– Hmmm...
– parce que... ça permet que... justement, on s'évade pas, qu'on reste vraiment précis sur l'objectif qu'on avait donné. Donc... ouais, peut-être juste entretenir ça, ouais. C'est-à-dire faire des... des... envoyer des mails, ou autre, pour que, justement, la réunion se passe le plus rapidement et que ça apporte le plus, pour que ce soit... pour que ce soit assez direct, quoi.
– D'accord.
– Donc... Voilà, après euh... Non, je sais pas ce que j'aurais apporté d'autre, parce que, je te dis, moi, j'étais vraiment satisfait de... de cette réunion donc... Parce que... y avait une partie où... y avait la personne qu'était de... le... le dossier et, après, l'autre partie où, là, on discutait tous ensemble et euh... et


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

ça enchaînait. Donc... non, moi, j'avais pas remarqué, vraiment, de problème, quoi.
– D'accord.
– Parce que tout était clair, d'entrée.
– OK.
– voilà. j'aurais pas... j'aurais pas rajouté autre chose. Ça me vient pas... Et puis, l'esprit de groupe, quoi. Enfin, d'être au moins sept ou huit, quoi, pour que ce soit vraiment intéressant. Si on est deux, c'est sûr que...
– Oui, c'est moins...
– Deux ou trois, on va pas aller loin, quoi. Voilà.
– OK. Bon, ben écoute, merci beaucoup !

## 2e groupe - Entretien 11 du 11/07/2014

— Donc, d'abord, bonjour et merci de m'accueillir pour cet entretien.

— De rien.

— Euh... Alors, comme je l'avis expliqué lors des précédentes étapes, tout ce travail est organisé pour euh... pour l'écriture de ma thèse... qui s'intéresse donc à un point de la qualité et de la sécurité des soins, chez les internes de médecine générale. L'objectif était donc de tester la revue de morbidité et de mortalité, en tant qu'outil d'amélioration des pratiques, et puis aussi pour permettre de revenir sur des situations... qui avaient pu être vécues de manière un petit peu difficile. Euh... Alors, avant de commencer, je vais te poser quelques petites questions, déjà, sur ton parcours. Alors, déjà, quel âge as-tu ?

— J'ai 26 ans.

— Ouais...

— Euh... J'ai fait, avant de commencer mon internat de médecine générale, j'ai fait un semestre de chirurgie orthopédique.

— D'accord.

— J'ai fait un droit au remords et je suis revenu en médecine générale après 6 mois.

— D'accord.

— Pour des questions d'ambiance et de... de devenir après... de places en ortho, par rapport au nombre dans la promo de chirurgie générale. Voilà.

— D'accord. Tu pouvais pas avoir ce que tu voulais, quoi ?

— Voilà, je... La chirurgie ortho était un peu diff... bah, était un peu difficile et j'avais de la viscérale mais j'avais pas spécialement envie, ça m'a pas plu. J'en ai fait un peu, au cours de mon premier semestre, parce qu'il y avait les gardes et autres et...

— Ouais.

— Voilà.

— OK.

— J'avais longuement hésité entre faire de la médecine générale ou de l'orthopédie... Comme j'avais été pas trop mal classé, j'ai essayé et puis je me suis dit que j'avais la possibilité de revenir... si besoin.

— D'accord.

— Donc, voilà.

— Donc un semestre de chirurgie et puis... bah, justement la deuxième question, c'était euh... à quel semestre tu étais, lorsqu'on a fait la... la revue ?

— Euh... C'était celui d'avant, j'étais en deuxième semestre.

— D'accord. Et donc, tu avais... t'étais passé par quel service en médecine générale ?

— J'avais fait les urgences... à l'hôpital X...

— Ouais ?

— … et la pneumologie à la clinique Y.

— Oui voilà, là où t'étais. Ouais.

— Là où j'ai fait la médecine adulte. Et là, je suis en pédiatrie, à Z.

— Hop ! Et donc, c'était ton deuxième. Plus un semestre de chirurgie, mais bon...

— Ouais.

— (rire)

— (rire) C'est cadeau !

— Euh... Ça s'est bien passé, les urgences à X ?

— Très bien.

— OK. Moi, j'étais passé aussi là-bas et... j'ai plutôt un bon souvenir.

— Ouais, moi aussi, ça s'est très bien passé. Ouais, ouais. Y avait une bonne ambian... On était pas assez d'internes - y avait eu un problème pour les choix de postes – on était 4 au lieu de 9 mais euh... En dehors de ça... Mais ils avaient pris des tonnes de FFI l'été, donc, finalement, ça avait été un bon stage et... mais y a eu une bonne ambiance et tout. Du coup, on a... C'était... c'était un bon stage. Ouais.

— D'accord. Finalement, pas... pas la catastrophe annoncée, quoi.

— Ouais, voilà.

— OK. Et donc, t'étais pas passé encore, par le stage prat', hein ?

— Non.

— OK. Allez, première question du questionnaire. Euh... avant d'en faire une, dans le cadre de... de mon travail, est-ce que tu avais déjà entendu parler de la revue de morbi-mortalité ?

— Ouais, bah, au cours de mon semestre de chirurgie, on en avait une... au moins une par mois...

— D'accord.

— Avec, soit... soit que les orthos, soit, de temps en temps, on faisait aussi celles avec les viscéraux, comme on voyait les patients, en garde. Donc... donc, j'en avais fait quelques unes, ouais.

— D'accord.

— Pas spécialement, présenté des dossiers mais, au moins, participé.

— OK. Assisté et participé aux discussions, justement.

— Voilà.

— OK. T'étais déjà rompu à l'exercice, finalement.

— Boh...

— Presque.

— Ouais, presque.

— OK. Euh... alors, maintenant, sur l'organisation... du travail, justement, comment est-ce que tu avais trouvées les explications orales, que j'avais données... notamment lors de la séance de présentation ? Lorsque j'étais venu, à la fin d'un GEP...?

— Bah, ça avait été... ça avait été assez clair et euh... d'autant plus que... j'avais fait le séminaire... le séminaire pas très longtemps avant. Le séminaire « Erreur médicale ».

— Hmmm...

— Donc, on avait déjà discuté un petit peu de ça, on avait parlé... enfin, présenté quelques cas, un peu, qui y ressemblaient. Donc... je voyais assez bien... enfin, ce qui fallait... ce qui pouvait entrer dedans et...

— D'accord.

— Et ce que ça englobait... Donc, après bah... faut trouver un peu un cas, dans notre pratique, où on sent qu'il y a eu... enfin, c'est ça mais euh... C'est plus le choix du cas qui est un peu plus


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

difficile que ce qu'il fallait mettre dedans.

— Ouais, OK. Euh... justement, pendant le séminaire, est-ce que t'avais participé à une « pseudo-RMM » également ou...?

— Oui. Oui, y avait un... Oui, y avait un... L'après-midi, y avait les présentations de cas, un petit peu, et...

— Hmmm...

— Et j'avais parlé d'un cas...

— Que vous aviez décortiqué un petit peu, après, justement ?

— Ouais, on en avait discuté un petit peu, ouais.

— C'est comme ça que j'avais découvert la RMM, aussi. (rire)

— D'accord.

— A ce séminaire. OK. Euh... Maintenant, qu'est ce que t'as pensé des explications écrites que j'avais laissées ? Donc... que ce soit la fiche de procédure que je vous avais distribuée ou, éventuellement, le... les mails que j'avais écrits... également...

— Bah, c'était bien détaillé, à la fois sur... Enfin, vraiment par étapes par étapes, sur le cheminement qu'il fallait faire et... Enfin, ça m'avait... l'écriture, enfin l'écriture, en lui-même, du cas, ça m'avait pas paru compliqué. Je me suis pas dit : « Faut que je mette ça, ici » ou autre. C'est venu un peu tout seul et...

— Ouais ?

— Et euh... voilà. Après, c'est surtout la fin du cas. Quelles questions on se pose et qu'est-ce que... qu'est-ce qu'on va mettre en avant pour... voir qu'est-ce qui a... qu'est-ce qui a merdé, en quelque sorte ?

— D'accord. Et, du coup, globalement, t'avais une bonne idée de... de ce qui était attendu et de ce qui allait se passer, avant d'arriver à la... à la RMM, proprement dite ?

— Bah... attendu euh... bah, on se dit que... bah, les gens, ils vont... on espère qu'ils vont dire comme nous (rire) et que...

— Ouais...

— Mais euh... Non après, c'était... c'est bien d'en discuter et euh... Non, après, je savais pas trop... bah, ce qui allait en ressortir, parce qu'il y a beaucoup de points de vue différents, à chaque fois...

— Ouais. Alors, déjà, par rapport aux consignes... orales et écrites...?

— Ah, oui. Ça, par rapport aux consignes, oui. C'était... j'avais... c'était ce que j'attendais...

— D'accord.

— Ouais, ouais.

— Euh... alors, maintenant, on va revenir un peu, justement, sur le choix du cas. Comment... comment s'était passé le choix de ton cas ?

— Euh... moi, j'avais choisi mon cas, un petit peu sur les erreurs de posologies et autres, euh... parce que... parce que, d'une, c'est un cas qui m'avait marqué. Longtemps, dans les... dans les jours et même les semaines après...

— Hmmm...

— De temps en temps, quand je re-prescrivais quelque chose, je me disais... bah, ça me ramenait à l'autre cas, je me disais... voilà, si ça avait pas été rattrapé... Donc euh... enfin, je m'en souviens même encore et... et donc, souvent, notamment quand je prescris des morphiniques ou autres – c'était un petit peu l'histoire du cas – je repense... je repense vraiment à ce cas-là.

— D'accord.

— Ça m'avait un petit peu marqué.

— Ouais. C'est ce que j'allais dire. Un cas qui t'avait marqué, déjà... OK. (silence) Et qui s'était passé, en plus, dans le stage... au cours duquel tu étais ?

— Oui, voilà. C'était à ce moment-là.

— OK. Euh... Alors, est-ce que t'avais déjà discuté, justement, de ce cas... avec quelqu'un, avant de le présenter en RMM ?

— Euh... Non. Non, non, pas spécialement. J'avais juste discuté un peu, avec euh... la chef qu'avait rattrapé le truc. Mais on avait discuté 5 minutes, sans qu'il y ait de... choses particulières. Mais sinon, on avait pas débattu aussi longuement et présenté dans l'entièreté.

— D'accord.

— Bah, après, y avait... Ouais... Non, y avait pas spécialement eu l'occasion ou autre de...

— De le faire ?

— Ouais, non.

— D'accord. Euh, éventuellement, en dehors du service, avec des amis, des...

— Ouais, non, même pas.

— Pas spécialement ?

— Non.

— OK. Euh... alors, maintenant, le jour J, de ton point de vue, comment s'était passée la présentation de ton cas ?

— … Euh... la présentation euh... La présentation s'est bien passée. Y a eu une bonne discussion, derrière.

— Hmmm...

— Euh... bah, je me suis rendu compte que... C'est la discussion qui permet de se rendre compte qu'on... bah qu'on fait tous un peu les mêmes choses où... on... On se sent moins seul et...

— Ouais ?

— Et notamment, là, sur les prescriptions des morphiniques où... où, finalement, on a l'impression qu'on est le seul à pas avoir l'habitude mais... tout le monde a, plus ou moins, les mêmes difficultés ou après... voilà. Et... et puis, y avait une bonne participation donc c'était... c'était, c'était une bonne chose et puis, ça permet un petit peu, en quelque sorte, de démystifier le truc où...

— Hmmm...

— où on met les choses à plat et où on se dit que... bon bah, c'est une connerie mais que... ça a été rattrapé et ça... ça permet de... un peu de se rassurer, entre autres.

— Ouais ?

— Ouais.

— Donc, par rapport aussi, donc, aux... aux présentations des autres, quoi, c'est ça ?

— Ouais, voilà.

— Ouais. D'accord. Euh... et comment tu t'é... tais senti, toi, justement sur le moment (raclement de gorge), quand tu... quand tu présentais... ton cas aux autres ? T'étais le premier, en plus. T'ouvrais le bal, je crois, ce jour-là.

— Ouais. Bah, ça m'a pas dérangé particulièrement... Après, c'est vrai que... c'est... ça m'a paru assez facile parce que, dans le groupe de GEP, y a une bonne ambiance... X (tuteur du groupe) met... enfin, nous met vraiment à l'aise, il est vraiment présent et euh... Et souvent, en GEP, on discute de choses, d'autres... On est... on est vraiment libre, de ce côté-là et, donc du coup... y a vraiment pas de barrière, on se sent pas jugé.

— D'accord.

— Dans ce groupe, on peut discuter... Y a une... y a une bonne discussion qui est possible.

— OK.

— Et je pense que le Dr X y est pour quelque chose. Il met bien... il met bien à l'aise et...

— Ouais, l'ambiance facilite, du coup...

— Voilà. Ouais, ouais. Tout à fait.


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

– OK. Ouais.

– D'autant plus, bah qu'on a fait... ça fait déjà quelques fois qu'on fait des GEP donc on se voit un peu plus fréquemment. Ce serait un groupe où on s'est jamais vus et on se voit pour la première fois, c'est peut-être un peu plus difficile...

– Ce travail ?

– Ouais.

– Alors, du coup, effectivement – pareil, de ton point de vue – l'analyse du cas s'était passée comment ? Justement, le moment de discussion...?

– Bah, on... Finalement, j'ai... enfin, je.. j'ai l'impression que j'ai surtout exposé le cas, euh... avec... avec un peu plus... ce que j'ai ressenti et... et j'ai pas l'impression d'avoir été particulièrement dans la discussion après... Enfin, je les ai plus... j'ai l'impression... Je me souviens plus de les avoir regardés un petit peu échanger : « Bah, c'est grave, c'est pas grave »...

– Ouais?

– « Ça arrive »... Et, du coup... Voilà, qu'ils discutent du cas, sans que... Enfin, après j'avais plus... je me... j'avais l'impression de plus avoir grand chose à dire, une fois que j'avais dit le cas, ce que j'avais fait, ce que... bah, du coup, comment j'étais après.

– Ouais ?

– Ce que j'en avais pensé... Mais... sans que ça vienne particulièrement du cas ou de... C'est vrai que je savais peut-être pas quoi en dire de plus... J'attendais qu'on me... peut-être qu'on me rassure, qu'on me...

– Ouais ? Alors, justement, quel a été un peu l'apport des autres... dans la discussion, dans l'analyse du cas, ce jour-là ?

– Euh, bah, les autres, notamment parce que c'était des histoires de noms de molécules et autres... on a vérifié sur l'ordi, parce qu'il y en a quelques uns qui connaissaient pas les molécules. Donc, d'un côté, on se dit : « Bah, voilà, c'est pas nous... C'est »... Enfin, si, c'est nous, entre autres, parce que le jour, on avait les molécules et autres mais...

– Ouais.

– Mais, c'est des facteurs où on est un peu confus parce que... parce que ça va vite et parce que... Et tout le monde a... même sans parler de... sans parler de leur cas, à eux... et disent : « Bah ouais, moi aussi, ça m'est arrivé. Je suis allé un peu vite, aussi. » Donc chacun met son... son petit grain de sel et...

– OK. (silence). Alors, maintenant, par rapport aux présentations des autres... bah, justement, qu'est-ce que t'as pensé des cas qui ont été présentés par les autres internes ?

– Bah, qu'il y avait une grande diversité de cas et euh...

– Hmmmm ?

– Qu'il y avait vraiment des situations un petit peu... enfin, vraiment, ça peut arriver... Les... les risques et autres peuvent arriver dans n'importe quelle... enfin, dans des situations tellement différentes, pas qu'avec les médicaments, pas qu'avec... enfin, c'est un peu... C'est vraiment de partout qu'il faut faire attention et que... Bah d'une, ça nous... on rencontre des situations qu'on a... qu'on a vues et donc, on se dit « Bah oui ça, ça me rappelle quelque chose. Ça aurait pu se passer comme ça aussi, pour moi. » Et je pense que ça nous sensibilise aussi à... à des situations où on aurait peut-être pas pensé qu'il pourrait y avoir quelque chose et, depuis, on est peut-être plus attentif ou... Une fois qu'on en a entendu parler, bah dès qu'on recroise cette situation, on se dit « Ah bah, oui. Peut-être que, lui, il avait eu... Je me souviens, y a quelqu'un qu'avait dit ça... » Sans doute un peu vague mais...

– Ouais ?

– Ça nous dit quelque chose donc on est peut-être plus vigilants sur certaines choses, quand on en entend parler, de temps en temps... Là, j'ai pas vraiment d'exemple mais... (sourire)

– Ouais, t'as l'impression d'avoir...

– D'avoir... C'est un peu comme un déjà vu parce que... Et, donc du coup, on est peut-être un peu plus vigilant sur... sur le fait de... d'avoir... Ça partage de l'expérience, donc du coup... quelque part, ça nous marque et on s'en souvient un peu.

– OK. Euh.. par rapport euh... maintenant... à l'analyse et à la discussion qui ont été faites autour des cas des autres... euh bah, comment... comment t'as perçu ce moment, toi ?

– … Euh... Ce... Un peu euh... Bah ça permet de... un petit peu de... de donner son opinion et peut-être de dire... bah, pas « comment j'aurais fait » mais... Ça permet d'explorer un peu les différentes réactions... qu'on aurait pu avoir ou autre...

– Hmmm ?

– Euh... ça permet de... Et puis, c'est... on peut approfondir un peu les... Enfin, ça permet de poser des questions à celui qui est directement concerné et... et c'est vrai qu'on a vraiment son vécu et... sur la situation...

– Hmmm...

– … Mais, je pense que les discussions aussi des autres se sont... se sont bien passées et... Je pense qu'on se souvient tous un petit peu de tout ce qu'on s'est dit et...

– Ouais ?

– Hmm.

– Euh... globalement, content aussi de... de ta participation, ce jour-là ?

– Bah, oui, oui, c'est... enfin... moi, ça faisait... bah, du coup... ça faisait longtemps que, d'une j'avais pas participé, parce que ça faisait déjà deux semestres... où j'avais pas fait de... de choses un petit peu comme ça. C'était ma première participation vraiment active, avec une présentation d'un cas, dans une RMM et autre...

– Ouais ?

– Euh... donc ouais, c'est... Non, c'est une expérience qui est... C'est une bonne expérience, ouais. Parce que je pense que, dans les stages de médecine ou autre, on en fait pas particulièrement... pas vraiment...

– Ouais, tu l'as pas rencontré dans..

– Enfin, voilà, j'ai jamais refait, depuis... depuis que j'ai plus fait de semestre de chir... j'en ai jamais refait, pour le moment. Mais je pense que c'est des... c'est des bonnes expériences...

– Hmmm...

– Ça permet un petit peu de poser les choses et de... se sentir moins tout seul, dans son coin.

– Euh... Alors, maintenant, à propos de l'impact, un petit peu, de cette revue... euh... qu'est-ce que tu retiens des actions d'amélioration qui avaient été proposées, ce jour-là ?

– Alors, y avait eu plusieurs choses... Y avait eu les prescriptions en DCI... les prescriptions en DCI, ça j'essaye autant que... autant que je peux. C'est un petit peu facilité dans le nouveau stage où je suis parce que... où j'étais avant c'était tout des prescriptions papiers, des classeurs... Fallait tout refaire, tout le temps. Là, je suis sur informatique – Cristalnet – donc c'est un petit peu plus facile, y a des protocoles qui sont pré-rentrés. Je suis en pédiatrie et autre donc c'est...

– Hmmm ?

– C'est plus... J'ai un peu moins de problèmes, pour le moment, de ce côté-là. Même sur les ordonnances de sortie, j'essaye, tant qu'à faire, de mettre en DCI. Euh... y a un petit peu de... de vraiment... quand je... quand on... y avait l'histoire du coup de fil, où j'avais pas noté...

– Ouais ?

– Bah, c'est de faire... C'est soit on le fait tout de suite, soit on se marque un vrai truc... Donc là, tant qu'à faire, j'essaye de tout couper, enfin si je peux et... et faire immédiatement, quand j'ai un truc... quand j'ai un truc à faire.


(CC BY-NC-ND 2.0)

– Hmmm.

– Et euh... en plus, y avait... d'autant plus que je suis en pédiatrie, les calculs des doses, je les refais... (rire)

– (rire) Ouais !

– avant de finir ma prescription, je les refais un nombre de fois... Voilà... et si ça me paraît bizarre, je regarde la posologie sur un autre truc et...

– D'accord...

– Je recalcule, je revérifie.

– Ouais. Plus de vérifications, par rapport à avant ?

– Ouais... Je pense qu'il y a aussi plus de vérifications parce que... c'est la pédiatrie, c'est tout des doses où on a pas trop l'habitude et on a vraiment... enfin... C'est... c'est des doses qui me parlent pas du tout, par rapport aux doses adultes donc je pense qu'il y a...

– Ouais...

– Je pense que je vérifie un peu plu... Maintenant, je vérifie un peu plus mais je pense qu'il y a aussi une part où... où c'est parce que c'est le stage, en ce moment, qui veut ça.

– Ouais. Ouais, forcément.

– Y a un peu des deux.

– OK. Euh... ça, c'est surtout des actions qui avaient été proposées... par rapport à ton cas, je crois. Est-ce que t'as retenu également... par rapport à d'autres cas, des actions... ?

– Non, par rapport aux autres cas, j'ai pas vraiment retenu d'autre action...

– Pas spécialement...

– Non.

– OK. Euh... Plus généralement, est-ce que t'as noté d'autres changements dans ta pratique, depuis la... depuis la revue de morbi-mortalité ?

– … Euh... Y a... Parfois, y a... y a certains cas où on... un peu notamment... en relève, enfin là où on a les urgences, le matin, et autres, on fait une relève avec tous les chefs. On présente, parfois, certains cas de la nuit ou... ou c'est les collègues qui présentent... bah certains cas, où on se dit... « Bah, j'aurais pas fait comme ça, j'aurais pas fait comme ça »... Presque envie de faire une RMM dessus parce qu'on se dit : « Mais pourquoi il l'a laissé partir ? Et il lui a mis ça ? »...

– Ouais ?

– Et puis après, deux jours après, on est aux urgences et puis on le voit revenir et... Donc, ouais, des fois, un peu envie de... Enfin, les cas, quand on... voit que tout le monde présente... enfin, des choses comme ça, on a envie de se présenter un peu plus... Enfin, quitte à en refaire... à mettre ça en place dans un service, notamment comme la pédiatrie où... enfin, nous la nuit, on est seul. Les chefs, ils sont soit dans leur chambre, soit d'astreinte chez eux. Euh... on a envie de pouvoir poser et ex... et débattre un peu de cas et autres.

– D'accord. Envie de le généraliser, même lors des staffs...

– Voilà. Bah après, voilà... ou temps en temps, un cas... si y a un cas, le matin ou... une fois... Parce qu'on a, de temps en temps des staffs mais... c'est surtout les chefs qui présentent des cas un petit peu difficiles, qu'ils voient en consult' ou autre et...

– Ouais.

– Et nous, on est là, on assiste...

– D'accord.

– Sans trop y participer, quoi...

– Hmm. Euh... d'un point de vue plus personnel, est-ce que la... cette RMM, justement, avait ch... permis des changements, dans le ressenti que t'avais de l'événement que... que t'as présenté ?

– … Oui, parce que... Bah, je me sou... je... J'me souviens toujours, quand je prescris ou autre, ça me revient encore un petit peu en tête mais pas de la même manière que... bah, les premiers jours ou les premières semaines et... est-ce parce que je l'ai un petit peu digéré, depuis... ou est-ce que c'est le fait d'en avoir parler ?

– Hmmm...

– Puis maintenant, je me dis bah... : « Ouais, je fais attention à la posologie. Celui-là, c'est celui-là. »... Et je recalcule les doses, ça m'y fait repenser un petit peu. Mais je me dis pas... « Ah ouais, merde ! Ce jour-là, j'avais vraiment... j'avais vraiment merdé, machin... »

– D'accord.

– Je sais pas, j'ai... je pense que je l'ai peut-être un peu plus digéré ou... ou plus accepté...

– Aussi, ouais ?

– Hmm.

– OK.

– Et puis de voir que... bah voilà, on est pas le seul à faire des boulettes et tout le monde fait des boulettes... (rires) C'est pas une bonne chose mais on se sent moins seul !

– Euh... Est-ce que euh... enfin, plus généralement encore... de... quels apports cette... cette RMM a pu avoir, par rapport à ton vécu des événements indésirables ? Euh... pas spécialement que celui que t'as présent mais d'une manière générale... est-ce que ça a changé ton regard sur... sur les événements indésirables ou pas ?

– Bah, un petit peu parce que, quand... au début, enfin... Quand... quand on en parle pas trop, « événement indésirable » on se dit... c'est des trucs qu'on veut pas trop aborder, que... qu'on aurait presque... enfin, on... on n'ose pas trop partager parce qu'on se dit : « Bah, c'est de ma faute... J'ai merdé ». On a un peu honte... de se dire... bah voilà : « Je vais aller expliquer à tout le monde comment j'ai merdé et... »

– Hmmm...

– et tout le monde va me dire : « Bah, t'aurais fait ça, t'aurais fait ça, ce serait pas arrivé. » Et puis, finalement, enfin... c'est plus une discussion qu'un jugement et...

– Ouais ?

– Et on se rend compte qu'en fait on peut les partager... partager son souci et... je pense qu'il faut pas avoir peur d'en parler.

– D'accord. Du coup, éventuellement, ça t'aurait apporté une... enfin, une plus grande facilité, justement, à en parler ?

– Bah voilà, ça décomplexe peut-être un petit peu...

– Ouais.

– Parce qu'avant, si on dit bah : « Viens nous parler de... tout ce que t'as fait de pas bien, des effets ind... des événements indésirables et autres... »... Bah, on peut se braquer et se dire : « Non, c'est pas moi ! J'ai pas merdé ! Je suis compétent. »... Ouais, je pense que c'est un peu... ça démystifie un petit peu le truc, où on se dit... bah tout le monde en parle et... on en discute sans dire que... bah, pointer du doigt...

– Ouais.

– Telle ou telle chose. C'est fait, c'est fait. On en discute et... juste pour la suite, pas pour revenir dessus et...

– Ouais, d'accord.

– Et refaire l'histoire, quoi.

– Pour essayer d'avancer plutôt que de...

– Ouais, voilà.

– De remuer...

– Voilà, tout à fait.

– D'accord. Euh... Alors, t'en avais pas beaucoup discuté


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

auparavant. Est-ce que la présentation en RMM a permis d'apporter des éléments en plus, justement, par rapport à... aux petites discussions que t'avais eu de ton cas avec... avec ta senior ?

— (silence) Pas... pas vraiment parce que... parce que sur le cas, voilà, c'était surtout des... enfin, y avait pas vraiment de prise en charge particulière, de choses particulières... C'était surtout... bah voilà, un nom à la place d'un autre, un dosage à la place d'un autre et... Et puis ça, j'avais fait un petit peu le tour de la question avec ma chef... donc non. C'était plutôt sur le côté... sur le côté, après, du rattrapage et un petit peu discuter de tout ce qui y avait eu... Enfin, ça permet un peu de lister – parce qu'on s'en rend pas compte sur le moment – bah, quand on... quand on revient sur l'histoire, on fait un peu le point et on détaille... bah tous les événements qu'ont participé et qu'ont concouru à ce que ça... Bah, ça met un petit peu en lumière ça, ouais. On s'en rend pas spécialement compte, sur le coup. On se dit : « Bah, c'est juste ça. », sans se dire : « J'ai été appelé, j'étais pas au bon endroit, j'ai fait ça, j'ai fait ça. »...

— Ouais ?

— C'est vrai que ça permet de prendre un peu de recul et de s'en rendre compte... mettre point par point... qu'est-ce qui y a eu et qui fait que ça...

— OK.

— De fil en aiguille, ça... ça s'est passé comme ça, quoi.

— Ouais. Une meilleure lecture de... de l'événement, finalement.

— Ouais.

— OK.

— Peut-être que j'avais pas... Ouais... Avec ma chef, j'avais pas spécialement pris le temps de... de prendre le recul, de voir ce qui s'était passé. On avait vu plutôt la conséquence et comment ce... On avait rattrapé sans vraiment voir ce qui y avait avant.

— D'accord. (silence) Euh... Alors, qu'est-ce que t'as pensé de... de la méthodologie de la... de la revue de morbi-mortalité pour, justement, parler d'événements indésirables ?

— Comment ça, la méthodologie ?

— Euh... bah la façon... dont on a procédé justement, pour... bah, dans un premier temps...

— D'accord.

— Détailler les... voilà, expliquer les...

— Ouais.

— Les cas. Et puis, ensuite... la discussion...

— La discussion.

— Euh... et puis, éventuellement, pareil, le cadre dans lequel ça s'est passé. Qu'est-ce que t'as pensé de... de... de... de la façon de faire, ce jour-là ?

— Ça s'est... je trouve que ça s'est bien passé parce que, avec la... du coup, avec la fiche, on avait à peu près des cas... enfin, des... des trames de cas qui se... qui se superposaient. On avait les infos dont on avait nécessi... dont c'était nécessaire donc... après, l'exposition du cas, on n'avait pas énormément de questions sur le cas, ça permettait de plus laisser de place à... à la discussion. On avait à peu près tous les éléments en mains... Donc les cas avaient été bien exposés, on avait tous les éléments en mains, un petit peu, pour réfléchir. Euh... que... on était un groupe pas trop... pas trop grand non plus...

— Ouais ?

— Donc... je pense que la taille du groupe aussi était bien... Je me souviens plus combien on était, on était six, sept... maximum...

— Sept avec moi et... et X (tuteur du groupe), ouais.

— D'accord. Euh... voilà, après les groupes trop grands, on se sent... bah, c'est un petit peu impersonnel et y en a beaucoup qui participent pas, du coup. Alors que là, je pense que tout le monde avait un petit peu participé. Euh... donc ouais... je pense que la taille du groupe, l'organisation, entre autres...

— Hmmm ?

— Euh... Bah, on a discuté entre nous mais y a aussi... bah, y a toi, y a X (tuteur du groupe) aussi, qui remettait... qui a plus l'habitude, qui remettait un petit peu... qui remettait en perspective certaines choses... qui a pas mal participé aussi et je pense que ça a parfois débloqué un petit peu le débat et ça nous a aidé un petit peu.

— Ouais. C'est vrai qu'il a... qu'il a pas mal orienté... pas mal...

— Hmm.

— Pas mal joué son rôle de médiateur, quoi.

— Ouais.

— Hmm. OK. Euh... selon toi, est-ce qu'une... est-ce qu'une revue de morbi-mortalité, comme... comme on l'avait faite, ce jour-là... apporte quelque chose, par rapport à d'autres enseignements qui ont... qui ont déjà lieu, au cours du DES ? Euh... type GEP, ateliers, séminaires, etc. ?

— … Euh... en plus, je sais pas... Nous, c'est vrai que le... Je pense que, de temps en temps, on peut consacrer une GEP ou...

— Hmmm ?

— Une GEP ou... ou deux, de temps en temps, à faire, à l'intérieur de la GEP, dans un groupe qu'on connaît, avec des gens qu'on connaît et... et un tuteur, bah, qu'on connaît. C'est un petit peu... Je pense que c'est un peu plus facile que... que... que dans un s... groupe de séminaire, ou quelque chose... Mais après, voilà, pourquoi pas en refaire dans... au cours d'une GEP, quitte à remplacer une GEP par ça et... Moi, je pense... enfin, ça peut... ça peut être une bonne... Après, soit parce que on en fait la demande et que tout le monde a, à peu près, un cas et on le fait à ce moment-là...

— Ouais.

— Ou fixer quelque chose mais... Je pense que, au cours d'une GEP, ça peut être...

— Ouais, tu serais... tu serais d'accord pour en refaire, éventuellement... au cours de l'internat ?

— Ouais.

— OK. Alors, on arrive vers la fin. Est-ce que t'as d'autres remarques à faire euh... que ce soit... bah, sur les cas, sur l'organisation... ?

— … Non. Euh... non, j'ai pas trop de... Non.

— OK. Des suggestions, éventuellement, des points à améliorer... si ça devait... si ça devait...

— Se faire...?

— Ouais, se faire à nouveau ?

— Euh... Non, à améliorer, y a pas grand chose. Je pense qu'il faut... c'est ça, il faut restreindre la taille... la taille des groupes et...

— Hmmm ?

— Et que ce soit vraiment sur une base de... de volontariat, je pense. Enfin, comme un petit peu comme là et... après, peut-être que tout le monde veut pas participer donc, du coup, bah... si pendant... pendant le groupe, y en a deux qui discutent et tout le monde reste en retrait, c'est pas pareil, ça fait pas la même... Et puis après, voilà. Mais là, c'était bien, ça s'est bien passé...

— Ouais, tout le monde était... était volontaire, d'après toi et...

— Ouais.

— OK. Bon bah, très bien !

## 2e groupe – Entretien 12 du 29/07/2014 (un mardi)

— Donc, bon... bonjour et merci de m'accueillir donc, pour cet entretien. Euh... comme je l'avais expliqué, donc lors des


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

précédentes étapes, tout le travail, justement, enfin toutes ces... toutes ces étapes sont organisées dans le travail de ma thèse...

— Hmm.

— Qui s'intéresse à un point de la qualité et de la sécurité des soins, chez les internes de médecine générale. Euh... le but était donc de tester la revue de morbidité et de mortalité, à la fois en tant qu'outil de... d'amélioration de la pratique et puis, également, pour permettre de revenir sur des situations qui avaient pu être vécues de manière un peu difficile. Euh... avant de commencer l'entretien, je veux t'informer que tout sera enregistré, comme tu peux le... le constater... euh... entièrement transcrit, donc par mes soins... pour me permettre de travailler sur... sur l'entretien. Euh... tout l'entretien, en revanche, sera... sera anonymisé, donc rien ne permettra de te reconnaître dans le travail final. Voilà, tu es parfaitement libre de... tes déclarations.

— (petit rire)

— Alors... pour débuter, je vais juste te poser quelques petites questions, pour... bah pour avoir quelques infos sur... sur les internes que je vois.

— Hmm.

— Euh... alors déjà, quel âge as-tu ?

— 26 ans.

— Euh... à quel semestre est-ce que tu étais, lorsqu'on a fait la... la revue de morbi-mortalité ?

— … En troisième semestre... Oui... c'était en... ? A quelle période, je me rappelle plus ?

— C'était.... si ma mémoire est bonne, au mois de février.

— Oui donc c'est ça, en troisième semestre.

— OK. Euh... qu'est-ce que tu avais validé, du coup ?

— Euh... j'avais fait mon stage d'urgence, euh... mon stage... bah j'étais en stage de pédiatrie.

— Hmmm.

— Euh... et j'avais validé mon stage de médecine adulte. J'avais fait un stage de médecine polyvalente.

— D'accord. T'étais pas encore passée chez le prat', du coup ?

— Non, j'y suis actuellement.

— OK. D'où le mardi matin... Enfin, le mardi libre.

— Voilà ! Le mardi de libre, exactement !

— Euh... alors, avant de la rencontrer euh... pour mon travail, est-ce que tu avais déjà euh... déjà participé ou entendu... entendu parler de la revue de morbi-mortalité ?

— Oui. Euh... aux urgences. Bah, j'étais aux urgences adultes à X et on avait déjà fait... enfin, on faisait des... des soirées de formation, justement avec les... les urgentistes de X et on avait fait... Bah, y avait une soirée, justement, morbi-mortalité, où ils avaient présentée des cas... dans le service, en fait... du service. Y avait même un cas d'une patiente que j'avais moi-même vue - je savais pas qu'on allait travailler dessus, en fait... - mais, du coup, qu'ils avaient présenté...

— D'accord.

— Euh, voilà. Je... Et puis, j'en avais déjà entendu parler, je connaissais le principe. Après voilà... enfin, j'en avais jamais vraiment fait, moi-même... en présentant un cas mais je... voilà, je connaissais le principe.

— D'accord. T'avais pu participer un petit peu, à X, du coup ? Ils vous laissaient... ?

— Non. Pas vraiment.

— Non. D'accord.

— C'était... on écoutait et puis... En fait, c'était un... c'étaient deux médecins, qui travaillaient sur les dossiers... justement en question, donc les dossiers de tous les autres médecins... euh et qui présentaient... ben voilà, les cas euh... - je sais plus si c'était sur les six mois ou sur l'année - donc quelques cas qu'ils avaient retenus et euh... Et voilà, en fait, c'était eux qui les présentaient. Après, on pouvait interagir si... si... si besoin mais... ou si on avait envie de dire des choses mais voilà, on avait pas spécialement une part active dans la... dans la présentation.

— D'accord. Euh... Alors, maintenant, sur l'organisation et le déroulement, un petit peu, de... de ... de mon travail.... euh comment est-ce que tu as trouvé les explications orales, que j'avais données lors de la séance de présentation ?

— Bah, très bien. Enfin, c'était clair, euh... Enfin, voilà, j'ai... tout de suite compris... ce que... enfin, le travail que tu voulais faire... enfin, l'intérêt et quel était l'objectif... enfin de ton... de ton travail de thèse...

— Hmmm...

— Et euh... enfin, c'était... au niveau de l'organisation, pour après trouver un cas, pour nous, c'était... enfin, assez facile... Enfin voilà, je me suis pas vraiment posé de questions sur... sur l'organisation en elle-même. Donc... pas de...

— D'accord.

— Après, c'est vrai que, par la suite, je savais pas trop comment... ça allait se passer... Enfin, tu nous avais expliqué qu'on allait se revoir, pour refaire le point sur... sur... bah justement, cette... cette séance-là de revue morbi... de morbi-mortalité. Mais après, c'est vrai que je savais pas plus que ça, justement, si on allait revenir sur cette... session... enfin, où ça allait mener de faire cet entretien d'aujourd'hui, quoi.

— D'accord.

— Mais bon. Voilà, après... enfin, voilà.

— Bah, à la fin, tu verras peut-être, hein ! Je... Je t'inviterai à ma présentation. (rire)

— Ah ouais ! Bah ouais, carrément ! Parce que c'est intéressant, quand on participe, de voir jusqu'au bout... enfin, voilà... le travail, le résultat...

— Et bah, avec plaisir, en tout cas.

— Ça marche.

— Euh... Alors, maintenant, en ce qui concerne les explications écrites que j'avais laissées, donc que ce soit dans la fiche de procédure que j'avais distribuée ou dans les mails que j'avais pu envoyer, éventuellement... bah justement, qu'est-ce que t'avais pensé de ces explications-là ?

— Bah, pareil. Enfin, c'est vrai que... bah, le fait d'avoir une trace écrite, c'est... ça... ça amène quand même... une simplicité, ça permet de relire aussi... bah, je me rappelle l'avoir relue... en me disant... en choisissant mon cas... enfin voilà, en fonction de... de la situation... que... enfin, que j'avais choisie.

— Hmmm...

— Et euh... et voilà. Enfin, c'était clair. Voilà, y avait pas mal d'informations donc après, voilà, il faut... il fallait prendre le temps de lire... lire les explications mais... voilà, c'était... simple... et clair. Enfin... pas eu de difficultés particulières. Alors, je t'avoue que je... je l'ai pas relue récemment donc je... je me souviens pas exactement tout le contenu mais je me souviens que, voilà, tu nous expliquais les différentes étapes... de ton travail et... donc... Enfin, moi ça m'avait paru tout à fait... correct. Enfin, y avait pas de souci particulier.

— OK. Euh... globalement, tu penses que t'avais, à peu près... une idée... générale précise de... de comment allait se passer la revue de morbi-mortalité ?

— Oui. De la session qu'on a fait ? Oui, oui, bien sûr, oui. Oui, oui... enfin, déjà je... vu que j'avais déjà une petite expérience, entre guillemets, je voyais, à peu près, à quoi ça correspondait et, le jour J... enfin voilà, ça s'est passé comme je pensais que ça se passerait... Enfin, après je trouve que ça.. voilà, ça... En plus, c'était dans notre groupe de GEP donc..

— Hmmm ?

— Avec des gens qu'on connaît un peu, avec qui on a l'habitude


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

de... de... de travailler, entre guillemets. Donc... oui, non, c'était... enfin, ça correspondait à mes attentes et à ce que... enfin, ce que t'avais décrit donc j'avais pas de soucis par rapport à ça.

— OK. Euh... alors maintenant, sur le choix de ton cas, justement, comment... comment s'était passé le... le... le choix du cas que tu avais fait... que tu avais présenté ?

— Euh... bah c'ét... donc c'était un... un... un cas que j'avais pris donc pendant mon stage... le stage où j'étais, donc actuellement... donc en pédiatrie.

— Hmmm.

— Euh... eh bah, j'avais... alors euh... Je crois que tu nous avais parlé de... de... de la revue de morbi-mortalité et que ce cas était... enfin s'était trouvé par la suite, en fait. C'était un cas que j'avais pas pris... avant. Enfin, c'était un cas trouvé... enfin, qui...

— Hmm.

— La situation, c'était en cours de... de travail...

— D'accord. Entre la présentation et le...

— Voilà, exactement, et puis la session de... de morbi-mortalité. Euh... et puis, bah en fait, le... je trouv.... enfin, la situation était vraiment... particulière... Enfin, et je trouve que, voilà, ça... ça allait bien dans le... Parce que voilà, j'avais en tête d'autres cas mais qui étaient plus anciens et...

— Hmmm.

— Et euh... Et il me semble bien que tu nous avais précisé que c'était bien, d'avoir des cas plutôt... plus récents et... et même actuels, si possible.

— Hmmm.

— Et euh... et voilà, je trouvais que... que ça rentrait bien dans le cadre de la revue de morbi-mortalité, avec... euh... comment on pouvait faire pour améliorer les choses et qu'est-ce qui avait dysfonctionné dans cette situation-là..? Donc voilà... donc euh... Le cas s'est un peu imposé... sans trop de difficultés, quoi.

— OK. Bah... parce que récent et parce que, justement...

— Oui.

— Il remplissait plus... enfin, les critères que...

— Voilà, exactement.

— Que t'avais trouvé dans les...

— Et parce que j'avais en tête aussi... enfin, je pense qu'on est quand même amenés, souvent, à... peut-être à avoir des cas comme ça mais sans... sans y penser. Là, le fait d'avoir eu cette présentation, tu nous as expliqué... voilà, le... quel travail tu faisais...

— Hmmm.

— A ce moment-là, je me suis dit : « Ah bah ça, ça pourrait faire un... un cas pour cette session » et voilà.

— OK. Parfait. Euh... ce cas, est-ce que t'en avais déjà discuté, autour de toi, que ce soit avec des co-internes, de l'entourage, des seniors, etc. ?

— Oui. Bah oui, parce que... justement, bah j'en avais parlé avec la senior avec qui je travaillais. Euh... donc... bah, c'était di... le... l'enfant qui avait été hospitalisé un peu... à tort, on va dire.

— Ouais.

— Et euh... et du coup, bah voilà, on... on... on avait un peu remis en question le fonctionnement des urgences... enfin, c'était le... la coordination entre les urgences pédiatriques et puis euh... les services.

— Hmmm.

— Et donc, oui. On avait discuté... J'en avais discuté aussi avec mes co-internes... Donc oui, oui, j'en avais discuté un peu.

— D'accord. Euh... alors maintenant, on va revenir, justement sur le... le jour de la... la revue de morbi-mortalité. Euh... de ton point de vue, comment s'était passée la présentation de ton cas ?

— Euh... dans quel sens ? Est-ce que j'ai eu de difficultés...?

— Euh... bah, par exemple, ouais. Est-ce que t'as eu des difficultés ? Bah, comment tu t'es sentie, à ce moment-là..?

— Bah... à l'aise, parce que... bah, comme je disais, c'était par rapport... enfin, on était avec des gens qu'on connaissait, entre guillemets, donc voilà... dans notre groupe de GEP. Pour moi, ça s'est un peu apparenté à ce travail, qu'on fait habituellement, parce qu'on a un peu l'habitude de présenter des cas aussi... enfin voilà, assez régulièrement. Euh... puis c'était un cas qu'était pas difficile... enfin voilà, de mon point de vue... enfin voilà, qui m'a pas posé de difficultés à raconter... enfin à expliquer... Euh... et voilà, enfin, je trouve qu'on est... enfin... on arrive à bien discuter, chacun à interagir et... et à poser des questions et puis... à voir... enfin à avancer, en présentant nos cas. Donc là, j'ai pas eu de difficultés particulières. Voilà, j'ai... enfin, je pense que j'ai su dire... expliquer ce qui s'était passé...

— Hmmm...

— qu'est-ce qui m'avait posé problème et... et euh... voilà, qu'est-ce qui fallait faire pour améliorer les choses et... voilà.

— D'accord. Euh... alors maintenant, comment - toujours de ton point de vue – s'est passée l'analyse de ton cas ? Toute la discussion qu'y a eu, justement, autour... autour du cas que tu as présenté ?

— Ben... c'est vrai que je pense que j'avais déjà, de moi-même, au vu du cas, fait un peu cette analyse-là.

— Hmm.

— Donc, après c'est les mê... un peu les mêmes idées qui sont ressorties. Euh... ça permet de, voilà, de... se conforter dans... dans les idées qu'on a par rapport à ça. Après... ouais, j'ai pas forcément eu... de... comment dire ça... pas forcément apporté des nouvelles... des nouvelles solutions ou des nouvelles choses. En tout cas, dans... par rapport à mon cas à moi.

— Hmmm.

— Je pense, qu'en fonction des... des cas, c'est un peu différent parce que y a des fois où... où, soi-même, on a pas forcément une idée de comment on pourrait améliorer les choses. Donc, je pense que, oui, l'analyse de tout le monde était un peu la même que j'avais pu avoir... ou avec mes chefs, quand j'avais pu en discuter.

— D'accord.

— Euh... voilà mais c'est... enfin voilà, c'est toujours intéressant d'en discuter avec d'autres personnes, d'avoir un regard extérieur...

— Ouais...

— sur des gens qui sont pas du service et qui connaissent pas tout à fait le fonctionnement et euh... ou qui peuvent, par exemple, nous dire : « Bah moi, j'ai vécu la même chose. » ou euh... ou voilà. Donc, dans tous les cas, c'est toujours intéressant de partager. Enfin, c'est un peu le principe de ces sessions-là donc... donc voilà... c'était intéressant d'en discuter, de le re-présenter un peu... de façon différente que dans le cadre du service... Voilà.

— OK. Donc euh... Ouais, si je t'ai bien suivie, pas spécialement de nouvelles idées, pas spécialement de nouveau... de nouvel apport...

— Oui.

— Mais en tout cas, confortée, justement, dans l'analyse que tu avais déjà faite.

— Voilà, exactement.

— OK. Euh... alors maintenant, on va passer aux cas qui ont été présentés par les autres internes. Euh... donc qu'est-ce que tu as pensé, justement, des situations que... dont ils ont... dont ils ont parlé ?


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Euh... je trouvais que c'était intéressant parce que c'était varié, parce qu'on a tous eu des situations différentes. Il y avait certaines situations qui... qui se ressemblaient un petit peu, mais c'est toujours comme ça.
- Hmmm....
- Mais euh... Du coup, voilà, il y avait quand même des choses différentes sur des aléas thérapeutiques, euh... des problèmes de coordination entre les équipes infirmières, euh... des problèmes avec euh... les patients, les familles, enfin, relationnels. Donc c'est vrai que ça, c'était intéressant parce que, du coup, je trouve que c'est toujours très varié, et que, bah, chacun amène, en fonction des services, où il se trouve, des situations différentes. Et du coup, ça permettait de bien discuter. Donc euh... Donc voilà, par rapport à ça, c'était intéressant, et euh... Ça touchait un peu tous les domaines. Je me rappelle qu'il y avait... de la gynécologie, qu'il y avait une histoire de... de... de morphine avec... une famille, voilà. Donc... par rapport à ça, c'était... c'était bien, parce c'était... très varié et...
- Hmmm...
- Et enrichissant. Et puis, euh... on se dit toujours... : « Ah bah, oui, moi dans cette situation-là, qu'est-ce que j'aurais fait... ? ». Enfin, voilà, on se... on se remet aussi en question nous, et on se dit : « Bah, si ça m'arrive, comment je vais réagir ? ». Et ça... enfin, on apprend aussi comme ça , quoi.
- OK . Euh... Alors maintenant, bah, pareil pour l'analyse, justement, des cas des autres internes, euh... bah, comment ça s'est passé de ton... de ton point de vue ?
- Euh bah, bien aussi... Bah c'est pareil, après on... chacun avait un peu analysé sa situation et puis, on essaie d'apporter des idées nouvelles...
- Hmmm.
- Donc euh, je pense que dans certaines situations, on a réussi aussi à... à montrer aux autres internes... « Peut-être que là, il aurait fallu faire ça » ou... ou : « Bah, c'est ça qui a pas marché », ou : « Bah on pourrait faire euh... ». Donc il me semble que dans certaines situations, on a réussi à apporter d'autres réponses... Après clairement, c'est souvent euh... il y a beaucoup de choses qui dysfonctionnent donc... donc euh... bah, c'est un peu un enchaînement, donc on... On peut pas toujours tout maîtriser de toute façon. Euh, mais voilà, je trouve que... enfin, je crois qu'on a tous pu un peu interagir et donner notre point de vue sur... sur les situations et euh... et enfin voilà, je crois que ça a de toute façon apporté... enfin, quelque chose à tout le monde... voilà, plus ou moins, soit conforté dans les idées, soit apporté des nouvelles solutions. Et euh...
- Ouais.
- Ça permet pour la suite de... de... bah voilà de se remettre en question, de... quand on a... quand on est face à une situation comme ça de... voilà, de... de l'analyser et puis de voir, bah qu'est-ce qu'on peut en ressortir ? Donc... je pense que, voilà, de toute façon, ça a été bénéfique.
- OK. Est-ce que t'es conte... est-ce que t'as été contente, également, de la façon dont t'as pu participer, ce jour-là ?
- Oui. Oui, oui. Parce que... enfin, on parle toujours assez librement et... et, voilà. Enfin, on est entre nous. C'est vrai que l'avantage d'être entre internes, bah... on a... on a pas les barrières qu'on peut avoir avec les chefs ou...
- Ouais ?
- Voilà, donc on... Et puis, on est en-dehors de nos services, aussi. Donc après, voilà, on a pas... Personne se juge... voilà, on dit ce qu'on a... Enfin, surtout dans des cas, comme ça, où il peut y avoir des... des choses qui ont pas été faites comme elles auraient dû être faites... Euh, bah voilà, on parle... enfin, on a parlé librement, on est à l'aise et voilà, enfin.... ça a pas, c'était... voilà. Donc, oui.
- OK. Euh... alors, à propos, maintenant, de l'impact, justement, de la revue... euh.... qu'est-ce que tu as retenu des action d'amélioration qui avait été proposées, ce jour-là ?
- Euh... cas par cas ou...?
- Pas forcément cas par cas mais est-ce que t'as retenu, justement, des actions d'amélioration, qui avait été proposées ? Que ce soit pour ton cas ou pour le... ou pour d'autres ?
- Alors, pour mon cas, oui. Euh... ben, je me rappelle que c'était surtout euh... par rapport au fonctionnement des urgences. Ben... enfin voilà.... comme son nom l'indique, l'urgence... voilà, il faut aller vite et il faut... il faut... il faut reconnaître l'urgent du non-urgent et puis savoir faire la distinction et puis...
- Hmmm...
- aller rapide... rapide au diagnostic, au traitement. Donc là, c'était... Pour mon cas, c'était : prendre quand même le temps, à l'interrogatoire, de bien refaire... redire au patient - enfin là, quand c'est des enfants – bien faire redire à la famille, ou à l'enfant, ce... ce qu'il a ressenti, ce qui s'est passé. Euh... et puis... et puis, voilà. Enfin, c'était surtout une histoire de prendre le temps et puis une histoire de communication entre... les services... les différents services, surtout quand on fonctionne... les urgences pédiatriques avec le service de pédiatrie.
- Ouais...
- Voilà, ça... surtout une question de... d'organisation et de discussion. Par rapport aux autre cas... Euh... je me souviens du cas de gynécologie, sur... le stérilet, où euh... où c'était surtout une question de recommandation sur : est-ce qu'il faut faire une échographie, systématiquement ou pas...
- Ouais ?
- Quand on... dans les suites d'une pose de stérilet ? Donc après, voilà, est-ce qu'il y a des recommandations et qu'est-ce qu'on fait de ces recommandations... est-ce qu'on la fait systématiquement ou pas ? Euh... et puis, je me souviens du cas sur... le problème de la morphine. Alors, c'était plutôt une question de... d'organisation... de... d'une infirmière qui était intérimaire ou qui connaissait pas très bien le service, de l'interne qui savait pas forcément trop comment manier le pousse-seringue et qui... avait un peu eu des difficultés avec la prescription... Et ça, c'est vrai que c'est l'enchaînement de toutes les... tous les dysfonctionnements, qui fait qu'à la fin... voilà, il peut y avoir des... des... des choses embêtantes pour le patient ou pour... pour les soignants.
- Hmmm.
- Donc là, c'était plutôt l'amélioration au niveau de l'organisation... et puis, voilà, de la formation, en fait, des connaissances qu'on peut avoir, des seniors à qui on peut se référer si on a un souci.
- OK.
- Voilà... ce que j'ai retenu.
- Bah c'est déjà pas mal.
- (petit rire)
- Euh... est-ce que t'as réussi à appliquer... dans ta pratique, justement en stage, certaines de ces actions d'amélioration ?
- Alors, par la suite, c'est vrai que... en... J'ai... j'ai pas vraiment été confrontée par... par... après cette session, à une situation, voilà, qui... qui aurait pu me poser problème, dans ce sens-là.
- Hmmm.
- Après, c'est vrai que... bah, de temps en temps, je... voilà, je me redis... voilà : « Dans cette situation-là, on pourrait faire ça ou ça. ». Mais, c'est vrai que j'ai pas eu vraiment l'occasion de... de me remettre... enfin, de... d'avoir de nouveau une situation comme ça.
- D'accord.
- Ou... enfin voilà. Après, je pense que le fait de... d'avoir de nouveau une... enfin, de repenser à cette revue de morbi-mortalité, ça peut me faire... bah, par exemple là, dans mon stage chez le praticien, me dire : « Ah oui, là, ça pourrait être un cas. »... Et, du coup, voilà. Mais c'est vrai que, entre temps,


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

pas spécialement, non.

— OK. Euh... plus généralement, est-ce que t'as noté des changements dans ta pratique, après la revue de morbi-mortalité ?

— Je crois que... Enfin, des... vraiment des changements, peut-être pas mais, en tout cas, une remise en question permanente de notre travail. Enfin, je crois qu'on l'a... on l'a assez facilement mais, oui. Et je pense que des choses comme ça, on devrait en faire plus souvent.

— Hmmm.

— Euh... je pense que c'est... À l'hôpital, ça se fait assez facilement. Après, je sais pas trop, chez les médecins généralistes, si c'est... si c'est quelque chose qui se fait vraiment. Alors, je sais qu'il y a les groupes de pairs mais est-ce que c'est... est-ce qu'ils font parfois des revues de morbi-mortalité ? Je sais pas. Et... mais, dans tous les cas, je pense que, de toute façon, c'est intéressant et... Et après... enfin, vraiment des changements sur ma... sur ma pratique... euh vraiment, comme ça, je... voilà, je... je sais pas trop. Mais... mais je pense que ça fait quand même se remettre en question. Rien que le fait de travailler sur un cas et... et d'en parler et de l'analyser, ça, ça... je trouve que ça fait quand même remettre en question notre pratique et... et ça peut induire des changements par la suite... sur notre quotidien et... voilà, sur notre travail, quoi.

— OK. Sans forcément que tu puisse noter quelque chose qui...

— Voilà... De très notable, comme ça... enfin... Par la suite, depuis cette... cette session-là, quoi.

— OK. Euh... d'un point de vue plus personnel, est-ce que... la RMM avait permis des changements dans la façon dont tu ressentais l'événement que tu as présenté ?

— … (soupir)... Euh... Bah, d'en... comme je disais d'en avoir reparlé, c'était intéressant parce que... on avait déjà un peu analysé la situation avec... avec une de mes chefs. Après, voilà, comme je te disais, ça a pas vraiment apporté de nouveauté sur ce qu'il aurai fallu faire ou...

— Hmmm...

— l'analyse. Donc, d'un point de vue personnel, voilà, ça m'a conforté sur ce que j'avais pensé de la situation mais après, ça... ça m'a pas... voilà, ça a pas tout changé sur la façon dont je voyais les choses et dont j'avais vécu la situation...

— D'accord.

— Et euh... voilà. Sur mon ressenti... ça m'a pas forcément apporté de changement.

— OK.

— Voilà.

— Euh... d'une manière plus générale, est-ce que... est-ce que... enfin, quels apports, en fait, a pu avoir la... la RMM par rapport à ton vécu des événements indésirables ?

— Euh ben... je dirais que ça permet de... se rendre compte que y en a quand même. Ça existe. Enfin voilà, c'est pas juste... enfin que ça existe, que ça peut être plus ou moins grave...

— Hmmm.

— On a vu quand même tous les... dans les cas présentés, c'étaient des... enfin, les conséquences étaient pas forcément très importantes mais qu'elles auraient pu être très importantes. Donc, par rapport à ça, je pense que, du coup, ça fait quand même réfléchir et... et... parfois se dire que... il faut quand même prendre le temps, même si on l'a pas toujours... voilà, de... de bien réfléchir à ce qu'on fait et à comment on... on fait les choses pour le patient.

— Hmmm.

— Euh... après, enfin je trouve que c'est surtout ça qui est ressorti... voilà, de se dire que ça peut être... tous les jours, ça peut arriver et que... dans, voilà n'importe quelle situation et... et voilà, sur un transfert de patient, sur une prescription, sur... voilà, sur tellement de choses qu'on fait tous les jours et, des fois, on le fait un peu... enfin, machinalement, entre... entre parenthèses mais... mais... voilà, c'est... Je pense que se remettre en question et se dire : « Attention, y a trois jours, on nous a raconté que... on avait fait une prescription, que ça s'était mal passé et peut-être qu'il faut aussi que je fasse attention. Même si j'ai l'habitude de le faire... ». Pas prendre les choses à la légère parce que voilà, y a quand même des patients... euh... voilà, sous cette prescription ou ces transferts, tout ça donc je pense que, voilà, c'est surtout ça qui... qui est ressorti.

— OK. Euh... améliorer un petit peu, on va dire, la... ouais, la remise en question ou, du moins, la... les réflexions par rapport aux...

— Oui.

— À la pratique, quoi.

— Ouais, c'est ça. Bah, je trouve... se rendre compte que... bah, le travail qu'on fait, c'est pas un travail classique et que, voilà, y a des patients qui sont... qui... voilà, les conséquences, elles sont pour le patient, pour le... l'entourage du patient, pour les soignants et que ben, c'est en se remettant en question, en se rendant compte que bah, des erreurs, on en fait... enfin, c'est pas des erreurs mais... que on peut tous... voilà, il peut tous... il peut toujours y avoir des dys... dysfonctionnements et que, ben... en sachant, en connaissant ces... ces problèmes-là et puis en... voilà, en entendant des situations, et ben dès qu'on... est confrontés à ça, se dire : Attention, ça peut m'arriver à moi aussi. » et...

— OK.

— et tout faire pour que l'analyse qu'on a fait, en disant : « Il aurait fallu faire ça » ou « C'est pas comme ça. » ou voilà... ou « C'est ça qui a pas été. », voilà... bah ça, que ça arrive pas, quoi.

— OK. Avoir conscience des événements indésirables pour, justement...

— Oui... pour les éviter.

— Mieux les éviter. OK. Euh... alors, qu'est-ce que tu as pensé, justement, de la méthodologie de la revue mor... morbi-mortalité, pardon, pour parler d'événements indésirables ?

— … Je comprends pas très bien la question. (rire)

— Euh... alors, qu'est-ce... comment... Qu'est-ce que tu penses, en fait, du...

— Par rapport à la session ?

— Ouais, qu'est-ce que tu penses, en fait justement, de la... du mode opératoire, entre guillemets hein, de... : présentation du cas, puis l'analyse en groupe, etc., pour parler spécifiquement, justement, d'événements indésirables ?

— Euh... bah, je pense que c'est une bonne méthode parce que c'est une méthode où, justement, on... à la fois on travaille sur son cas donc... ben, on fait sa propre analyse du cas. On... c'est nous qui avons vécu la situation, de près ou de loin, et du coup, ben on conn... on connaît... voilà, c'est un peu nous déjà : « Qu'est-ce qui a pas été..? » et euh voilà, les dysfonctionnements. Euh... et ensuite, le fait d'avoir le regard extérieur, ça peut permettre de... d'avoir... bah, des idées nouvelles sur les améliorations qu'on aurait pu...amener. Euh... et puis, le fait de partager et d'avoir d'autres situations aussi... c'est pas être tout seul dans son coin à analyser sa situation, c'est la partager avec d'autres, voir aussi quels autres dysfonctionnements – effets indésirables il peut y avoir... et comme ça, voilà. Enfin, voir un peu un panel des situations et puis apprendre... apprendre, entre guillemets, des effets indésirables des autres ou des autres situations. Donc... donc voilà, c'est une méthode... je pense, qui est quand même... enfin, une des meilleurs façons de... de se remettre en question et de... et de... d'apprendre et, ce qu'on fait aussi, assez souvent en médecine générale, en apprenant en groupe et en.. voilà, en partageant nos expériences.

— OK. Euh... le groupe, tel qu'il était, également... euh... paraît adapté ou..?

— Oui. Oui, oui. Parce qu'on était pas très nombreux.


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Ouais.
- Euh.... et puis, c'était... bah des... comme je disais, des personnes un peu connues donc c'est toujours plus facile de... de discuter, d'échanger, quand on se connaît un peu. Euh... et puis, ben, de... des internes, donc je disais, ça c'était intéressant, enfin voilà de... on est à peu près de même niveau et puis, après, ce qui est intéressant c'est aussi qu'il y a des semestres différents parce que...
- Hmmm...
- c'est vrai, qu'enfin... on voit bien qu'on progresse pour présenter nos cas et puis, pour analyser, en fonction de nos années de... d'internat. Euh... et puis... et puis, pas très... on était pas très nombreux et je pense que c'est quand même bien de pas être trop nombreux parce que... bah, je pense... enfin, après je sais pas comment ça s'est passé pour les... les dix cas, mais quand il y a dix personnes... enfin, ça doit être... enfin c'est plus long et, forcément, y a plus de cas à analyser donc... Enfin, nous, je trouve que c'était un bon nombre et voilà, c'était bien, on était... voilà, on a pris le temps de... voilà, d'analyser toutes les situations.
- Ouais.
- On avait chacun bien le temps de... de parler de nos cas et puis... voilà, de poser des questions et... voilà, on interagissait tous ensembles, voilà. Donc ça, c'était... pour moi, c'était bien adapté.
- OK. Alors, c'est vrai que j'avais pas trop regardé la montre, cette fois-là, mais la fois d'avant, il avait fallu minuter un peu plus donc...
- Ouais, j'imagine. Oui, c'est vrai que, du coup, on avait plus de temps donc on était pas pressés.
- Hmm.
- Mais oui, après il faut un peu "timer"... la session, quoi.
- Voilà. (rires) Euh... selon toi, est-ce que une revue de morbi-mortalité, comme on l'a faite, apporte quelque chose par rapport à d'autres enseignements qui existent déjà, au sein du... du DES ?
- Oui, je pense. Oui, oui. Je pense que... alors, je sais pas sous quelle... sous quelle forme ça pourrait être... ou sous la forme d'un GEP, comme un peu... comme on a pu le faire. Enfin, faudrait peut-être qu'il y ait un GEP spécial "revue de morbi-mortalité", parce que c'est sûr que c'est intéressant. C'est... voilà, vraiment se dire... parce qu'on a tous, je pense, un cas, au cours de notre internat, voire même plusieurs, où, voilà, y a eu des effets indés... des événements indésirables. Donc... donc, voilà, je pense que, oui, oui, c'est... enfin, c'est quelque chose qu'on fait pas, en fait. Donc, on peut participer, quand on est à l'hôpital par exemple, voilà... dans certains endroits. Mais, voilà, qui est intéressant et si on a pas forcément l'occasion de le faire pendant notre cursus... voilà, c'est un peu dommage.
- Hmmm.
- De toute façon, c'est... voilà, on apprend comme ça aussi donc... donc oui, je pense que oui. C'est... c'est quelque chose de nouveau et... et qu'il faudrait peut-être intégrer. Alors après, de quelle façon ? Ça, je sais pas mais... Mais oui, je pense que c'est intéressant, de toute façon.
- OK. Euh... et, du coup, tu serais d'accord, pour recommencer, éventuellement, ce type, justement, de... de groupe d'échanges...
- Oui.
- Euh... après... enfin, plus tard dans l'internat ?
- Oui. Bah, oui, oui. Bien sûr, ouais.
- OK. Euh... alors, on arrive vers la fin. Est-ce que tu as, éventuellement, d'autres remarques à faire...?
- Non, pas particulièrement.
- Pas spécialement. OK. Euh... Est-ce que tu aurais des suggestions, pour améliorer un peu le dispositif ? Est-ce qu,il y a des point qui t'ont paru... pouvoir être améliorés, justement ?
- … Hmm... ben... non. Enfin, voilà comme j'ai dit, au niveau de la forme, c'était... bien. Enfin, le fait qu'on était en groupe de GEP habituel, bah ça, je trouve que c'était bien. Donc après, cette forme-là, je pense que... enfin, c'est à garder et je... enfin voilà, je pense que c'est... c'est bien. Euh... après, voilà, sur la présentation, tu nous as bien expliqué, on a eu les informations qu'il fallait. Enfin, je me suis pas sentie perdue dans ce qu'il fallait faire. Et... non, sur la façon dont ça s'est déroulé non plus et puis... et puis, voilà... enfin... Franchement, non. Pas de remarque particulière.
- OK.

## 2e groupe - Entretien n°13 du 10/10/2014

- Alors, tout d'abord, bonjour et donc merci de m'accueillir pour cet entretien. Euh... comme je l'avais expliqué lors des précédentes étapes, la démarche est organisée pour mon travail de thèse, qui s'intéresse à la qualité et à la sécurité des soins chez les internes en médecine générale. Euh... l'objectif était donc de tester la revue de morbi-mortalité en tant qu'outil euh... d'amélioration de la pratique... et également pour permettre de revenir sur des situations qui avaient pu être vécues de manière un peu euh délicate.
- Hmmm...
- Euh... avant de débuter donc, je voulais t'informer que l'entretien sera entièrement enregistré, euh... et également transcrit donc par mes soins. Euh... malgré ça, toutes les données resteront anonymes et rien ne permettra dans le travail final de... de te reconnaître. Voilà, donc t'es parfaitement libre de tes déclarations! (rire)
- (rire) OK !
- Euh... alors avant de débuter sur l'entretien je voulais juste quelques petites info sur toi et ton parcours.
- Hmm.
- Euh... alors déjà, quel est ton âge ?
- 26.
- Hmmm... Euh... à quel semestre est-ce que tu étais lorsqu'on a fait la... la revue de morbi-mortalité ?
- Premier.
- OK.
- Voilà.
- Euh... et donc c'était lequel ?
- Dans quel stage j'étais ?
- Euh... quel type... enfin, urgences... médecine adulte..?
- Euh... c'était en gynéco.
- Gynéco.
- Ouais.
- Ah oui, c'est vrai. C'est... T'avais le... le cas avec la... migration de stérilet.
- Ouais.
- D'accord. Euh... alors, première question. Euh... avant de commencer... enfin avant de... de... d'en voir une... pour mon travail, est-ce que tu avais déjà... entendu parler, vu euh... des revues de morbi-mortalité ?
- Non.
- Pas du tout ?
- Non.
- D'accord. Donc, vraiment, tu connaissais... pas du tout, quoi.
- Ben... juste de nom mais jamais... jamais fait, jamais vu et on en a eu une juste après, pendant le semestre.


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

- D'accord.
- Voilà, euh... enfin, dans le stage, quoi.
- Ouais ?
- Ce qui a dû être d'ailleurs assez intéressant, du coup.
- OK. Euh... mais c'est arrivé après, du coup. (petit rire)
- Ouais, à la fin du semestre, ouais.
- (raclement de gorge) Euh... alors, pour savoir, un petit peu, sur l'organisation... euh... comment est-ce que tu avais trouvé les explications orales que j'avais données, euh... quand j'étais venu, en fait, vous présenter le projet..?
- Bah, bien. Enfin... (sourire) n'en ayant jamais fait, euh... du coup, ça paraissait plutôt clair, quoi.
- D'accord.
- Pour ce que j'me rappelle. (rire)
- (rire)
- Mais c'était plutôt clair, oui.
- D'accord. Euh... même question par rapport aux... explications écrites que j'avais laissées, donc soit dans la petite fiche de procédure que je vous avais donnée, soit dans les mails, éventuellement...
- Ouais, non euh... bien clair, voilà. C'est ce que je me rappelle.
- OK donc globalement, est-ce que t'avais une bonne idée de... ce qui allait se passer, du coup, le jour même ?
- (inspiration) Plus ou moins... parce que... enfin... enfin, c'est vrai qu'ouais... que t'avais dit un peu plus ce qui pouvait être erreur, ou chose comme ça, et, du coup, c'est vrai, enfin que j'avais peut-être pas forcé... - enfin, même si l'aléa thérapeutique, c'en était un - j'avais peut-être pas forcément compris que... Enfin, moi j'avais... Enfin, par rapport à ce que les autres avaient dit - de ce que je me rappelle y avait beaucoup d'erreurs thérapeutiques, choses comme ça...
- Hmmm...
- donc, c'est vrai que c'était plus... plus l'aléa thérapeutique. Mais bon, après euh... ben ça peut faire partie des erreurs aussi, quoi.
- Euh... alors, plus que des erreurs, en fait, effectivement, euh... ça sert aussi à... à travailler sur des événements indésirables...
- Ouais.
- d'une manière générale, donc...
- Ouais, voilà ouais. Bon, mais enfin, j'av... je trouvais que le cas était adapté, quoi. Ouais non, ça va. C'était... plutôt clair.
- OK. (inspiration) Euh... comment s'est passé le choix de ton cas, justement ?
- Et ben... c'est vrai qu'on avait pas vu beau... enfin, on prescrivait très peu en gynéco donc c'est vrai qu'y avait moins de risque qu'on se plante sur tout ce qui était thérapeutique.
- Hmmm...
- C'est vrai que c'était la semaine d'avant. Euh... j... En fait, si tu veux, le moment où t'as prévenu, j'avais pas de cas et quand... juste avant euh... le... ben, du coup, le... la RMM... j'ai... y a eu ce cas, la semaine d'avant, et euh... c'est ma co-interne qui l'avait vu mais on s'était, du coup, relayé parce que... enfin, voilà et euh... et, du coup, ben je trouvais que ça tombait bien...
- D'accord.
- Voilà... avant la réunion, quoi.
- OK. Donc, entre guillemets, le... le... le bon cas, au bon moment, quoi. (petit rire)
- Voilà. Oui, c'est ça. (petit rire)
- Euh... ce cas, tu en avais déjà parlé un petit peu, justement, avant de... de l'évoquer en... en revue de morbi-mortalité ?
- Ben, du coup, ouais on en avait pas mal parlé parce que en gynéco, tous les matins, on faisait une sorte de petit... enfin colloque, on se réunissait tous, tous les chefs, et, du coup, ça posait problème parce que... enfin, se posait la question de savoir comment on allait gérer la patiente et, du coup, on en avait pas mal parlé... notamment ben... l'importance de l'échographie de contrôle... en post... pose, euh... tout ce qui était ça et, du coup, on s'était rendu compte, quand même, que y avait pas franchement de... de consensus, en fait.
- Hmmm...
- Et donc, du coup, euh... ben, on s'était un peu posé la question avec mes co-internes et surtout ma co-interne qui l'avait vue, en fait, la dame... euh le premier jour. Donc... ouais, non, c'était...
- D'accord.
- Bon, enfin après, on était pas allé bien loin, hein, mais euh...
- Ouais mais t'en avais déjà discuté, quand même...
- On en avait un petit peu parlé, ouais.
- Ouais...
- Ouais, ouais...
- Que ce soit entre pairs et puis, éventuellement aussi, avec ta co-interne ?
- Ouais, voilà, c'est ça. Ouais.
- OK. (inspiration) Euh... alors maintenant, on va se remettre un petit peu, justement, dans le jour-même de la revue...
- (sourire) Ouais...
- Euh... de ton point de vue, comment s'était passé, la présentation de ton cas ?
- … Pfrtt... (sourire) Je me rappelle pas trop... (inspiration) Euh... écoute... pfrtt... Pfff... mais je... enfin, je m'en rappelle pas vraiment euh... (silence) Si tu veux, je suis désolée, je m'en rappelle pas du tout.
- (rire) Nan, c'est pas grave. Enfin, sans te replonger...
- Plutôt bien, je pense. Enfin... oui...
- sans te replonger précisément, justement..
- Oui. Oui, oui...
- dans tout ce que t'avais vécu mais... comment t'avais perçu ce moment, quels avaient été, un peu, tes impressions euh... au moment, justement, de présenter ce cas ?
- Ben, je crois que j'avais présenté dans les premiers alors, du coup, j'avais pas encore vu tout... tout le panel de ce que les gens avaient présenté.
- Hmmm...
- … Je... je me rappelle... il me semble que celui juste avant moi avait présenté, justement, une erreur médicamenteuse alors je m'étais dit : « Euh... est-ce que je suis pas un peu hors sujet, du coup ? » et puis, en fait, euh... ben non. Enfin, j'ai trouvé que c'était plutôt adapté, au final, mais j'me rappelle pas vraiment. (petit rire)
- D'accord (petit rire)
- Je t'avoue que c'est allé vite, du coup... euh... ouais, voilà. (petit rire)
- (petit rire) Euh... par rapport, maintenant, au moment où on a discuté de ton cas...
- Ouais...
- donc toute la discussion, l'analyse.... Alors, même question, comment est-ce que t'avais perçu, un peu, ce moment ?
- Après... tu veux dire... enfin, après...
- Ouais. Alors, après que t'ai présenté, justement, quand on a commencé à en discuter... à analyser un peu le... l'événement.
- Oui... Ben, c'est vrai que je me suis dit, enfin que, au final,


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

c'était quand même plus... ben, comme tu disais, un aléa et donc, du coup, que... bon, ben on pouvait certainement y faire quelque chose mais qu'au final... c'était plus le hasard qui... enfin, qui était impliqué là-dedans, quoi.

— Hmmm...

— Parce que, du coup, euh... enfin, on avait regardé un peu avec ma co-interne mais c'est quelque chose qui est assez rare et, du coup, euh... enfin... 'fin, certes, il y a des facteurs de risque mais, au final, euh... on pouvait pas y faire grand chose, quoi. C'était... Surtout que la... la dame, bon, elle avait pas eu de contrôle écho, c'est vrai que je m'en rappelle mais euh... mais, bon, au final, c'est quand même quelque chose qui est hyper rare et du coup... on peut pas arrêter de poser des stérilets pour ça, quoi.

— Bien sûr, oui.

— Non mais c'était intéressant de... de... En fait, j'avais... j'avais peut-être pas s... vraiment vu, à ce moment-là, que c'était un aléa thérapeutique plus qu'une erreur, en fait.

— D'accord.

— La RMM m'a permis de m'en rendre compte, du coup.

— Oui, de mieux...

— Oui, voilà. Parce que.. ben, enfin, y a pas longtemps, j'ai eu donc, du coup, le séminaire, tu sais, de l'erreur médicale, là, à la fac...

— Ouais...

— Et euh... ben, c'est vrai que ça permettait de mieux voir, en fait, les différents types, que j'avais pas forcément... enfin, distingués, au moment où on avait fait le... la RMM, quoi.

— D'accord.

— Ouais, non. C'était bien, ouais.

— OK. Euh... par rapport, maintenant justement, aux cas qui ont été présentés par les autres internes...

— Oui...

— qu'est-ce que tu as pensé, déjà, effectivement, des... des cas eux-mêmes ?

— Alors, faut que j'essaie de me rappeler ce qu'on avait vu. Je sais qu'y en avait un qui avait... Ben justement, sur une erreur, y avait une histoire de morphine. Euh... alors ça, j'avais trouvé ça intéressant parce que, quand il avait dit que on maîtrisait pas forcément toutes les drogues, et euh... y avait une histoire de... d'Oxycontin, je crois... enfin bon, une histoire de... voilà... Et c'était vachement intéressant parce que, du coup, ça nous arrive tout le temps de prescrire des trucs, où on a absolument aucune idée de comment on les prescrit... (rire)

— Hmmm...

— et y a pas forcément un chef sous la main... Et c'est vrai que... on avait parlé, du coup, des médicaments en DCI, je crois, quelque chose comme ça et euh... et c'était vachement intéressant. Moi, j'avais trouvé euh... de... un peu, tu vois, de... de reprendre à la base, enfin voilà. Alors, après les autres cas euh... pfff... je m'en rappelle pas très bien.

— (petit rire)

— Euh... je sais qu'y avait... enfin, c'était une nana qui était à X aussi et qu'elle avait présenté... un cas sur les urgences, avec une histoire d'hématome, quelque chose comme ça... au niveau... Enfin, une jeune qui s'était... qui avait eu un accident, je crois et c'est vrai que ça, ça avait été intéressant parce que... maintenant, je suis aux urgences, je me rends compte qu'en fait le tri, des fois, c'est un peu... c'est un peu anarchique et, du coup, c'est vrai que une prise en charge un peu plus systématisée... Euh... après, je pense que X c'est pas comme Y mais euh... nous, c'est vrai qu'y a un infirmier d'accueil donc, du coup, il oriente, je trouve quand même, pas trop mal les patients...

— Ouais...

— Donc ça, en terme de correction, euh... type d'erreur, je trouve que c'était vachement bien. Enfin, c'est ce qu'elle disait aussi. Et alors après, les autres, je t'avoue que je m'en rappelle absolument pas... Je me rappelle... mmm... çui qu'était à... çui qu'était là...

— (petit rire)

— Mais alors après... je me rappelle pas du tout...

— OK.

— des autres...

— Ben alors, pareil, sans aller dans le détail, mais globalement, effectivement, t'avais trouvé les cas euh..?

— Ouais, j'avais trouvé ça vachement intéressant, oui. Ouais, ouais. C'est vrai que... enfin, on ose jamais trop parler des... des erreurs qu'on peut faire, quoi, des conneries un peu...

— Ouais ?

— Et c'est vrai que c'était vachement bien de... enfin euh... moi, j'avais trouvé ça bien ceux qui s'étaient vraiment mis euh... enfin, ceux qui avaient vraiment fait une erreur, qui l'avaient vraiment dit, tu vois.

— Hmmm...

— Alors bon, après, ben moi, je... enfin, en l'occurrence, le... l'histoire de l'aléa thérapeutique, ça on y pouvait rien mais c'est vrai que c'était plus... enfin, pas plus difficile de faire une erreur mais, du coup, on prescrivait pas grand chose donc c'est vrai que c'était un peu plus... c'était intéressant d'avoir l'avis des autres.

— Ouais ?

— Je crois que l'avis des autres était peut-être plus pertinent que ce que j'avais présenté.

— D'accord.

— Enfin plus... plus une erreur, vraiment.

— OK. Euh... maintenant, par rapport à l'analyse, justement, des... des cas des autres internes.

— Ouais ?

— euh... comment est-ce que t'avais trouvé ce moment, aussi ?

— Alors... ben, du peu que je me rappelle, j'avais trouvé ça quand même vraiment intéressant. Euh... pffff... 'Tain... mais je me rappelle pas vraiment mais... C'est vrai qu'on avait... Enfin, je... j'aime bien ce genre de truc parce que c'est les seuls moments, un peu, où t'analyse ce qui se passe... en... en-dehors de l'hôpital, quoi. Et euh... ben, c'est vrai que tu te sens... enfin souvent, quand on fait une connerie, on se sent toujours un peu coupable, surtout intra service, alors que là, du coup... enfin, personne jugeait personne et j'avais trouvé ça pas mal parce que... ben parce que on sera tous confrontés à ça et que...

— Hmmm...

— avoir un peu le... enfin, le... le ressenti de l'autre, je trouvais ça assez intéressant. Dans ce que je me rappelle.

— (petit rire)

— Je suis désolée, ouais. Je peux...

— Non, c'est pas grave, c'est vrai que ça fait déjà un petit moment, finalement, que ça...

— Ouais, j'avoue que ça fait... C'était quoi... c'était en février ?

— C'est ça.

— Ouais, ça fait un moment, ouais, donc.

— Euh... alors, est-ce que tu as retenu, malgré tout, quelque chose, justement, des actions d'amélioration qui avaient été proposées, après chaque cas ?

— Euh... ben, je me rappelle un peu du mien donc. On avait parlé de... faire des échographies de contrôle mais, du coup, voilà. Euh... pour celui qui avait présenté la morphine, je me rappelle


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

qu'on avait parlé surtout... ben, DCI et puis de... peut-être, ouais de... de recontrôle infirmier... Mais alors, je sais plus si c'est pour lui mais y avait une histoire d'infirmière intérimaire et, du coup, qu'il fallait... parce qu'elle était pas trop, trop formée non plus...

— Ouais, c'était un autre cas, ça mais...

— Je crois que je confonds, ouais...

— Mais y avait aussi de la morphine, justement...

— Ah, oui d'accord. Bon ben, voilà, c'était ça... Ah, oui, oui, si, si, je me rappelle ! Ouais et donc, du coup, peut-être, ouais, aussi revérifier à chaque fois. Mais euh... c'est vrai que quand c'est quelqu'un qui est encore peu formé, que ce soit nous ou que ce soit une infirmière intérimaire, c'est vrai que c'est pas évident de... enfin de... voilà quoi. Surtout avec des protocoles qu'on connaît pas. Oui, oui, c'était un protocole de morphine. Oui, je me rappelle.

— Oui, c'est ça.

— Oui, oui. Enfin, voilà.

— Euh... est-ce que y a eu euh... des apports, un peu, dans ta pratique, justement, de... de ces actions, qui avaient été proposées ce jour-là ?

— (inspiration) Alors, bon ben, en gynéco pas vraiment parce que je me dest... enfin, je me s... je me destine pas à être gynéco. C'est surtout aux urgences que je me suis rendu compte, en fait, parce que on prescrit sans cesse des choses, on voit plein de patients par jour et, du coup, c'est vrai que c'est super facile de faire une erreur. Donc... c'est vrai que... ben après bon, y a plein de moyens de faire des erreurs, mais c'est vrai qu'au moment des prescriptions, parce que c'est des prescriptions écrites, du coup, c'est pas des prescriptions sur l'ordinateur...

— Ouais...

— c'est vrai que j'ai tendance à faire vraiment attention à ce que je prescris, à bien regarder l'ordonnance du patient, à... C'est vrai que ça, pour le... pour tout le thérapeutique, maintenant que je suis aux urgences, je m'en rends compte beaucoup plus, quoi. Parce qu'en gynéco, on prescrivait pas grand chose et euh.

— Oui...

— c'est vrai que là, maintenant, depuis que je suis aux urgences, ouais, j'ai tendance à faire plus attention.

— OK.

— Ouais, c'est systématique, quoi.

— D'accord.

— Essayer de...

— (petit rire) Euh... d'un point de vue plus personnel, est-ce que la... la présentation de ton cas en... en revue de morbi-mortalité avait permis de changer un peu, justement, euh... euh... le ressenti que t'avais de... de cet événement ?

— Ben, c'est vrai que... enfin, on se sent toujours.... Enfin, je sais pas si c'est moi ou si c'est tout le monde mais on se sent souvent coupable pour des trucs... enfin qui sont pas forcément notre faute, en fait.

— Hmmm...

— Et euh... ben, c'est surtout qu'en plus les patients ont tendance à le faire ressentir, je trouve... enfin, surtout quand il y a quelque chose d'un peu indésirable, comme ça, les patients ont souvent tendance à le faire ressentir un peu de manière péjorative. Et c'est vrai... enfin, ouais, je trouve que ça a vraiment aidé... Enfin, je me dis... enfin, au moins, bon, on est pas seul, ça arrive pas qu'à nous donc ça veut dire qu'il y a bien quand même... Enfin, je sais pas comment l'exprimer mais... enfin, le fait d'en parler, moi, je trouve que c'est s... ça permet de déculpabiliser, en fait.

— D'accord.

— Enfin bon, même si on a fait une connerie, quoi. Mais... ouais, je sais pas... Enfin, ouais, j'avais bien... Je trouve que ça permet un peu... de... ouais, de... pfff... ouais, de déculpabiliser un peu, ouais. Ouais, ouais.

— D'accord.

— Puis, enfin... 'fin, y a aussi des trucs, ce que je trouve fou, c'est que, bon ben, des fois, on nous demande de prescrire des choses et euh... Enfin là, je suis à Y et y a plein de protocoles et c'est hyper pratique parce que, du coup, euh... je trouve que ça permet quand même de vachement limiter les erreurs et euh... protocole de coliques néphrétiques, les protocoles... chez les diabétiques de... Enfin, tu vois prescrire l'insuline, c'est quand même vachement pratique, ça évite les... ça évite les bêtises, quoi. Et ça, c'est... c'est vachement bien, oui.

— OK.

— J'espère que je réponds pas trop à côté. J...

— Non, non, t'es... c'est bien, ouais. Euh... et donc, plus généralement, est-ce que, justement, ça a permis de changer aussi, un peu, ta... ta vision de... de... des événements indésirables ?

— Ouais... fff... changer ma vision...

— Sans forcément parler vraiment de... des erreurs mais, voilà, de...

— Ouais, fff... Ben, changer ma vision, c'est vrai qu'fin, au moment où on a fait la RMM, enfin, je sortais de... trois-quatre mois de... de stage, c'était mon premier semestre donc c'est vrai que c'était pas évident de...

— Hmmm...

— fin d'avoir beaucoup de recul. Je pense que... enfin, au fur et à mesure des semestres, je devrais avoir un peu plus de recul mais c'est vrai que, pour le moment, je dois dire que c'est complètement... Ça m'a aidée, bien sûr, à voir que ben... enfin, au final, les erreurs, elles sont souvent dues parce que, enfin, on est tous un peu pareil, on a pas l'habitude de manipuler ce genre de choses et euh... Mais bon, c'est vrai qu'après, changer complètement ma vision, c'est un peu tôt, je pense, pour le dire maintenant. Euh... faut que j'avance un peu plus dans mes semestres.

— Ouais.

— Puis, étant pas passée en médecine adulte, je pense que c'est là, aussi, où... peut-être où... parce que, là aux urgences, on est beaucoup séniorisés donc euh... c'est vrai que c'est un peu... enfin, les chefs ont quand même un œil, tu vois, dessus donc...

— Ouais, sur vos pres', sur...

— Ouais. Donc, c'est vrai que, pour le moment, ils limitent un peu les erreurs, je pense. (petit rire) Voilà.

— OK. Bon, t'as re... relativement de la chance, effectivement. C'est pas toujours...

— C'est ça, oui. Voilà...

— C'est pas toujours le cas. (rire)

— (petit rire) Ouais. Ouais, ouais... Ouais, c'est sûr, oui.

— Euh... si tu avais discuté déjà de ton cas auparavant, effectivement c'est le cas, euh... qu'est-ce que la présentation, lors de la revue a permis de... d'apporter en plus ?

— (inspiration/soupir) Ben pfff... par rapport à mon cas... Enfin, disons que, ouais, on en a... on en a plus trop reparlé en stage, après, mais euh... mais c'est vrai que c'était un peu... Ouais, cette idée de contrôle écho, quoi. Après euh... pff... pas grand chose de plus, quoi. Ben... fff... c'est vrai que le cas... Si j'avais eu un cas... si j'avais eu un autre cas, je pense que j'aurais présenté un autre cas mais, là, bon du coup, il tombait bien, quoi. Je pense pas que c'était le cas le plus pertinent mais, bon, quoi... enfin... Voilà.

— Et tu me disais, tout à l'heure, que... ça t'avait quand même permis de... mieux euh... catégoriser, entre guillemets, justement, cet événement...

— Ouais. Tu veux dire : aléa thérapeutique...


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

— Ouais... Ouais, voilà.

— Ouais, ça, c'est sûr que ça, ça m'a aidée... oui, à comprendre que là, on pouvait... enfin, pas faire grand chose de plus, quoi. Après... Ouais, non, la notion d'aléa thérap'... Au moins, ça m'a permis de comprendre ça, quoi, la notion d'aléa thérapeutique. Hmm.

— Euh... alors maintenant, sur la méthode, en général... Euh... qu'est-ce que tu as pensé de, justement, de la méthodologie de la revue de morbi-mortalité, pour parler d'événement indésirable ?

— La méthodologie...

— En gros, le... enfin, le...

— (rire) Bonne question...

— (rire) Euh... est-ce que, justement, euh... la façon dont... euh... dont cette revue est faite, avec donc, la présentation du cas puis, euh... puis la discussion en groupe te paraît... enfin euh... enfin, comment, justement, cette... cette façon de faire te paraît, pour parler d'événement indésirable ?

— Alors moi, je trouve... J'ai trouvé que c'était une bonne idée. Euh... honnêtement, avant que tu le fasses, je n'en avais jamais entendu parler. Euh... alors, je trouve que c'est une bonne idée parce que, déjà, chacun présente à son tour donc, enfin, au moins tu te dis que tu te sens écouté pendant au moins... par des gens, en plus, qui ont peut-être eu déjà la même ch.. le même ressenti, le même vécu que toi. Donc ça, j'ai trouvé ça bien. J'ai trouvé bien aussi qu'y ait quelqu'un qui, entre guillemets, préside le truc parce que, des fois on voit pas forcément... - ben, comme en GEP, d'ailleurs, tu vois pas forcément... le... enfin, le fond du problème - et là, qu'y ait quelqu'un qui ait un tout petit peu plus de recul, je pense que ça permet aussi de bien orienter euh...

— Hmmm...

— enfin, les choses. Et même que ce soit pour tous les différents cas euh... qu'on avait présentés c'est vrai que... ben, ça arrive à tout le monde de faire une erreur ou s... les aléas, ben le hasard, ça arrive et, du coup, c'est vrai que... oui, j'ai trouvé ça quand même pas mal, à chacun son tour de... puis qu'on débriefe tous ensembles, ça j'ai trouvé ça bien.

— Hmmm...

— Ça, j'ai trouvé ça vachement bien. Ben, c'est comme en GEP, j'ai trouvé ça vachement bien parce que... enfin bon, alors c'est pas des RMM en GEP mais euh... ben, je trouve que de discuter tous un peu de nos trucs... enfin, ça permet de voir qu'on est pas tout seul, dans notre bateau. J'avais trouvé ça bien, ouais. Ouais, ouais.

— D'accord.

— De ce que je me souviens, j'avais trouvé ça bien.

— (reniflement) Euh... selon toi, est-ce que... ce type de... de... de réunion pourrait apporter quelque chose en plus, par rapport aux... enseignements qui existent déjà, en fait, en DES ?

— (rire) Pour ce qui en reste...

— (petit rire) Ouais, je sais que ça a changé, maintenant.

— Ouais... bon bref.

— Mais, par rapport, déjà, aux GEP...

— Euh... ben oui.

— ou... je sais pas combien de... de... de journées d'étude... ou de...

— (rire étouffé)

— séminaires il vous reste, maintenant. Zéro ?

— Ben, oui...

— (soupir et petit rire)

— Non, mais c'est pas une blague, il reste rien du tout ! Ben... oui. Je pense que ce serait même déjà bien qu'on ait tout simplement des... Enfin, bah j'ai... du coup, j'ai pu faire que deux séminaires, cette année, mais c'était quand même vachement intéressant. Ça, c'est vrai que... bah, ouais moi, je trouverais ça bien qu'y en ait une, au moins, par an, tu vois, ou... Enfin, ne serait-ce que pour parler d'une erreur qu'on aurait pu faire. Déjà rien que le fait d'entendre les erreurs des autres et de présenter les siennes, je trouve que ça fait tilter, quoi. Enfin... 'fin, je sais pas... c'est vrai qu'y a des choses auxquelles on pense pas forcément et euh... ben, par exemple, les histoires dont on avait parlées, c'est vrai que... on avait dit, pour cette histoire d'hématome du rein, d'être bien systématique et, moi, je trouve que d'entendre les histoires des autres, ça te... enfin, y a quelque chose qui te touch... qui t'y fait penser, une fois que ça t'arrive à toi, et... Voilà, j'avais trouvé ça vraiment bien, oui.

— D'accord.

— Ouais. Oui, oui, c'est sûr que ben... si déjà on pouvait avoir ça... enfin, ça, ouais, non, ce serait cool.

— OK. Donc tu serais d'accord pour recommencer, éventuellement, si... ça se mettait en place, quoi ?

— Ouais. Ouais, ouais... carrément, ouais. Oh ben, oui, oui, c'était bien, ouais. Ouais, même... même en GEP, tu vois. Un GEP attribué à ça ou je sais pas... Après, est-ce que c'est pas un peu plus une RMM que un simple GEP. Enfin, parce que y a une étude derrière ? Non, tu vas..?

— Euh... moi, je recueille simplement vos impressions, justement, pour ça...

— Ouais, d'accord...

— et puis euh...

— Ouais, ouais, OK.

— et puis, j'écrirai une thèse dessus. Après, qu'est-ce que ça deviendra ? Je ne sais pas mais... (petit rire)

— Ouais voilà, non, c'était juste pour savoir si... Ouais, non mais c'est... c'est vachement bien, en tous cas. Ouais, ouais...

— OK. Euh... donc on arrive vers la fin, maintenant. Est-ce que tu as, éventuellement, d'autres remarques à faire, d'autres précisions à apporter ?

— Ben non, pas vraiment... Enfin, si... enfin pas... c'est pas une précision mais, disons, c'est... c'est plus euh... enfin, un point de vue général. C'est que j'en ai eu une au... comme je t'expliquais, à l'hôpital, après, et...

— Hmmm...

— enfin, j'avais trouvé que c'était un peu le tribunal d'accusation, tu vois, celle de l'hôpital. Alors que la nôtre...

— D'accord.

— j'avais trouvé que c'était vachement... J'avais trouvé ça vachement bien. Personne jugeait personne...enfin, tu ressentais pas de culpabilité ou quoi. C'est vrai que celle de l'hosto c'était un peu... bon, c'était pas les mêmes problèmes, hein, y avait des choses plus graves en jeu... mais c'est vrai que j'avais trouvé que c'était beaucoup plus de l'inquisition que... Alors que la RMM, là, qu'on avait fait, c'était vraiment... c'était vraiment bien.

— D'accord.

— Je m'étais pas sentie du tout... J'avais pas du tout l'impression que quelqu'un avait été jugé, dans le groupe, quoi.

— OK. Euh... et, du coup, pour cette RMM dans le service...

— Ouais ?

— les discussions étaient comment..?

— (soupir) Euh... alors, c'était une histoire... Bon, c'était quelque chose de grave, c'était euh... un bébé qui était mort euh... Enfin, une histoire de réa, euh... en salle d'acc'... qui s'était mal déroulée parce qu'y avait eu plein d'intervenants et pas forcément quelqu'un à sa position. Et c'est vrai que, ben on avait trouvé que... que le gynéco de garde avait été vachement mis... enfin, qu'il avait été vachement accusé, quoi. Alors qu'au final, quoi, c'était qu'un autre élément de la chaîne, quoi...


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Ouais, ouais.
- du chaînon, mais c'est vrai que... je l'avais trouvé vraiment accusé, ce jour-là. Et euh... j'avais trouvé ça un peu vache parce qu'au final, y avait eu plein d'intervenants : y avait eu les réa', y avait eu les pédiatres... enfin, y avait eu plein, plein de problèmes dans toute la chaîne et j'avais trouvé qu'y avait une personne qui était plus accusée qu'une autre, alors qu'au final je trouve que c'est pas justifié.
- D'accord.
- Enfin, c'était pas que la faute de l'obstétricien de garde, je veux dire. Enfin... les gens étaient pas forcément à leur place. Euh... en pédiatrie, ils avaient mis très longtemps pour descendre jusqu'à la salle d'acc'. Euh... le réa qu'était passé, qu'était pas un réa pédiatrique, avait fait ce qu'il avait pu mais qu'il avait pas l'habitude d'intuber des enfants... enfin des... Enfin voilà, y avait eu plein de... plein de soucis et j'avais trouvé que y avait eu vachement de jugement, ce jour-là. Alors, après bon... c'est vrai que c'était pas évident parce que c'est des gens qui pratiquent depuis longtemps, alors peut-être que ils ont plus d'expérience que nous, pour le moment, mais... enfin jus... enfin, j'avais trouvé que c'était un peu injustifié...
- D'accord.
- Voilà.
- Et, du coup, la... réunion avait débouché sur des euh... sur des solutions d'amélioration...
- Ouais, exactement.
- Proposées, quand même ou..?
- Ouais, ouais. Ben, disons qu'y avait eu cette histoire de pédiatre qui avait mis trois plombes pour descendre donc il avait été dit que... il faudrait que... qu'il prenne les escaliers, qu'il prenne plus les ascenseurs...
- D'accord.
- Bon, des trucs vraiment de base, quoi. Enfin...
- Ouais...
- de ce que je me souviens. Euh... bon ben, pour les... pour les réa', du coup, parce que c'était une nana qu'était réa'... enfin, anesthésiste mais euh... anesthésiste en salle, du coup, donc qu'était pas dans un poste, entre guillemets, de réanimateur et euh... du coup, elle, elle avait pas l'habitude de réanimer les pédiatres...
- Les bébés.
- Euh... des enfants, ouais. Et, du coup, euh... Voilà, donc... il avait été dit que, dans le chaînon, on appelait le pédiatre, que c'était vraiment lui qui avait le rôle premier et que ensuite, si vraiment il pouvait pas être là, que l'anesthésiste de garde... mais bon, enfin...
- D'accord.
- Enfin, y avait eu pas mal de solutions.
- Ouais, quand même, y avait eu des...
- Ah, ouais, ouais. C'était vachement intéressant, ouais.
- OK.
- Ah oui, c'était vraiment très intéressant, ouais. Ah, ouais et puis le rôle de la sage femme... enfin... parce que c'est eux qui sont censés commencer la réa'. Enfin bref... Voilà.
- OK.
- Non, vachement bien.
- Euh... alors, pour revenir, du coup, sur celle qu'on a faite nous...
- Ouais...
- euh... Est-ce que, donc en dernière question, tu aurais éventuellement des suggestions à faire pour améliorer un peu les choses, que ce soit dans l'organisation, dans le... dans la façon dont ça se déroule le jour même euh..?
- Pfrt... Pas vraiment. J'avais trouvé ça bien. Enfin... ouais. Non, j'avais trouvé ça pas mal. Y a rien de... Enfin, je... j'ai peut-être pas beaucoup d'expérience là-dedans mais c'est vrai que... Non, j'avais trouvé ça bien. Enfin, chacun avait eu son temps de parole. Il me semble pas qu'on ait été pressé... Enfin euh... non, c'était bien. Non, pas vraiment... pas vraiment de remarque pour améliorer les choses, hein...
- OK.
- Ouais, non. (petit rire)
- Et ben, merci à toi.
- Pas de souci !

## 2e groupe - Entretien n°14 du 17/10/2014

- Allez. Donc bonjour et euh... ben, merci de venir euh... pour cet entretien. Euh... donc, pour rappel, tout ce travail, en fait, est organisé pour... ben, pour ma thèse, qui s'intéresse donc à un point de la qualité et de la sécurité des soins, des internes de médecine générale.
- Hmmm...
- Le but était donc de... de tester la revue de morbidité et de mortalité, euh... en tant qu'outil de... d'amélioradeee... d'amélioration des soins, pardon...
- Hmm.
- Euh... d'une part, et puis permettre de revenir un peu sur des situations qui avaient pu être vécues de manière difficile, d'autre part.
- Hmmm...
- Euh... donc avant de commencer, je veux t'informer que tout l'entretien sera euh... enregistré, euh... entièrement transcrit, ensuite, à l'écrit, pour que je puisse travailler dessus.
- Hmmm...
- Euh... malgré tout, donc les données resterons anonymes et donc rien ne permettra de t'identifier dans le travail final.
- OK.
- Euh... avant de commencer vraiment l'entretien, je vais juste te poser deux-trois questions sur ton parcours. Euh... alors déjà, pour commencer, quel âge as-tu ?
- 27 ans.
- OK. Donc à quel semestre est-ce que tu étais, quand on a fait la... la revue de morbi-mortalité ?
- Mon troisième semestre.
- D'accord. Et donc qu'est-ce que tu avais validé ?
- Alors, la gynéco et les urgences et j'étais donc dans mon semestre de CHU, en gériatrie.
- D'accord. Alors, première question : avant de... d'en faire une, en fait donc, dans le cadre de mon travail, est-ce que tu avais déjà entendu ou euh... ou euh... participé à des revues de morbi-mortalité ?
- Alors, j'en avais enten... pas mal entendu parler et j'en avais participé à une, lors de... du semestre en question.
- Euh... en gériatrie donc.
- En gériatrie, voilà.
- D'accord.
- Lors de mon troisième semestre.
- Donc juste avant... juste après euh..?
- Et j'en avais fait une aussi, euh... lors de mon deuxième semestre, aux urgences.
- OK. Ouais, donc t'avais déjà une petite connaissance de ce


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

que... de ce que c'était, quoi.

– Hmm, ouais.

– OK. Euh... lors de ces deux... de ces deux RMM auxquelles t'as assisté, est-ce que t'avais toi-même participé ?

– Euh... pour la deuxième. Pour la deuxième, seulement.

– Ouais ?

– La première me... me concernait pas mais on nous avait proposé de... de rester, pour voir ce que c'était et c'était intéressant donc... voilà.

– D'accord.

– Et la deuxième, c'était justement le cas qui m'intéresse donc...

– D'accord. Que t'avais déjà présenté, à ce moment-là ?

– Voilà, exactement.

– OK. Donc finalement, c'était une deuxième RMM sur le même cas, pour toi ?

– Voilà, exactement ! (sourire)

– Euh... alors, je vais te poser quelques petites questions sur l'organisation, du coup, euh... que j'ai proposée. Euh... alors déjà, comment est-ce que t'avais trouvé les explications, que j'avais données à l'oral, euh... lorsque j'étais venu présenter le projet, avant euh... avant la revue elle-même ?

– Euh... c'était... une autre... une précédente fois ?

– Ouais, j'étais venu euh... à la fin de... d'un précédent GEP. Euh... et je vous avais présenté le travail.

– Je... je sais pas si j'étais là... parce que... je s...

– D'accord.

– j'avoue que je m'en souviens pas trop. Ça date...

– OK. Donc tu te souviens plus trop...

– Nan... nan...

– et peut être même que t'étais pas là.

– Voilà, c'est ça.

– Bon, c'est possible parce qu'effectivement, bon, y a... y a pas mal de mouvement aussi parfois dans les... dans les GEP.

– Oui.

– OK. Euh qu'est-ce que t'avais pensé, euh... également, des explications écrites que j'avais laissées, euh... alors, soit dans le mail que je vous avais envoyé avant la... la RMM, euh... soit, également, dans la... la fiche de procédure que j'avais rédigée, également ?

– Alors, le... le mail, je m'en souviens. Ben, j'avais trouvé ça... ben, j'avais trouvé que c'était une initiative qui était intéressante et, du coup, qui euh... puis que... c'était... Enfin, tes directives étaient assez claires...

– Hmmm...

– voilà. Euh... c'était plutôt... plutôt enthousiasmant, on va dire.

– D'accord.

– Hmm... Après, qu'est-ce que j'en ai pensé, au niveau... enfin, à qu... sur quel point de vue ?

– Alors déjà, est-ce que, effectivement, euh... enfin, t'avais bien compris les instructions, euh... est-ce que tout, effectivement, était clair ou est-ce que t'avais, justement, des petits points à... à redire, à ce niveau-là ?

– Non, je... ça me paraissait plutôt clair.

– OK. Donc, globalement, t'avais une idée euh... correcte de... de ce qui allait se passer, justement, le... le jour de la revue elle-même ?

– Oui. Oui, oui, oui, tout à fait parce qu'en plus, ça... ça me parlait, vu que j'en avais déjà eu un peu donc...

– D'accord.

– Non, ça me paraissait clair.

– Très bien. Euh... comment est-ce que tu avais euh... choisi ton cas, justement ? Comment s'était passé le choix du cas que tu as présenté ?

– Ben, en fait... justement, je l'avais déjà présenté en RMM avant.

– Hmmm...

– C'était quelque chose qu'était assez... qui était assez récent et qui m'avait posé problème parce que c'est pas... c'est... c'est pas quelque chose sur lequel j'étais euh... j'étais à l'aise. Donc ça me semblait intéressant de... de redire un petit peu ce qui s'était passé dans ce... cette RMM et...

– Hmmm...

– parler de... Finalement, donc, comme ça concernait une prescription de morphine, quelque chose qui était plutôt commun, qu'on prescrivait souvent, sans en avoir beaucoup l'habitude, en...enfin, finalement en mi internat ou début d'internat.

– Ouais.

– Donc... ça... ça me paraissait être le... le... le cas le plus pertinent pour euh... et plus informatif, peut-être, pour les autres aussi.

– D'accord. Ouais, pas uniquement, du coup, pour toi mais aussi pour ce qui...

– Ben, pour moi parce que j'étais mal à l'aise vis-à-vis de ça donc...

– Ouais...

– j'aime toujours bien avoir l'avis des autres et euh... et voir ce qui... ce que les autres pourraient en dire. Et puis c'est vrai que si ça peut aider certains... certaines personnes - parce que je pense que peut-être que tout le monde n'est pas à l'aise avec ce genre de prescription - ben, ça pouvait être intéressant pour eux.

– OK.

– Voilà.

– Euh... ce cas donc... ben, tu en avais déjà discuté, effectivement, en revue de morbi-mortalité. Et t'en avais discuté dans d'autres contextes... également ?

– Euh... c'est-à-dire, hors... hors réunion ?

– Euh hors... hors hôpital, entre guillemets, ou hors... ouais hors euh...

– Euh... Oh ben, j'en ai... j'en ai... Oui, j'en avais parlé avec... avec mes connaissances de... dans le milieu médical parce que c'est vrai que ça m'avait... ça m'avait un peu surprise cette histoire et...

– Ouais.

– du coup, comme j'étais pas à l'aise, je cherchais à avoir un peu des avis. Euh... et puis après, euh... comme la réunion de... la RMM euh... pendant mon stage s'est mise en place... du coup, on en avait un petit peu parlé, avant de la faire. Mais euh... avec mes chefs du moment.

– Hmmm...

– Voilà.

– D'accord. Ben, c'est vrai que c'est un cas que t'avais déjà pas mal discuté, finalement, avant de...

– Oui.

– avant de le présenter, en février.

– Oui.

– (toux) Alors maintenant, on va se remettre un peu dans le jour J, entre guillemets...

– Hmmm...


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

— Euh... de ton point de vue, comment s'était passé euh... la présentation de ton cas ?

— … Euh... comment ça s'était passé ? Euh... bah, je dirais bien. J'ai réussi à... je pense, à bien exposer le... le cas. Enfin... en tout cas, j'ai exposé les choses comme je l'avais fait, auparavant, et j... j'espère que c'était assez clair. Enfin, j'ai eu l'impression et euh... je dirais que ça s'est bien passé ! (sourire en finissant)

— D'accord.

— Mmm...

— Euh...

— Après, c'est pareil, sur quel point de vue ? sur quel critère ?

— Alors... Ben, ouais... comment tu... ouais, comment tu as perçu ce moment ? Comment est-ce que tu te sentais, à ce moment-là, quoi ? Qu'est-ce que...

— Ben, toujours un peu mal à l'aise parce que j'avais... c'était euh... Comme c'était quelque chose qui s'était passé sous... sous ma garde et que ça... ça aurait pu être grave pour... enfin, ça aurait pu être grave... Oui, euh... c'était... une situation un petit peu complexe...

— Hmmm...

— Du coup, ça m'avait quand même marquée donc... de le raconter c'était quand même un petit peu... j... J'étais un peu mal à l'aise de le mettre en avant mais en même temps c'est quelque chose que j'av... j'avais envie d'avoir l'a... l'avis des autres. Donc, j'étais quand même contente de pouvoir le ré exposer.

— D'accord.

— Donc... Voilà, ça a été quand même plutôt facile à redire mais euh... toujours une petite gêne, quand même.

— D'accord.

— Voilà.

— Euh... alors, du même point de vue, euh... comment t'avais trouvé, maintenant, l'analyse et les discussions qu'y avait eu autour de ton cas, après... après ta présentation ?

— … Euh... globalement, je... enfin, ça avait repris, un petit peu, les euh... les... les choses qu'on avait... qu'on avait dit, lors de la précédente RMM.

— Hmmm...

— Et puis c'était assez euh... on va dire, détendu. C'était pas... euh... on va dire pas très euh... comment dire ? Euh... mmm... c'était pas un colloque de... gens, qu'étaient prêts à juger et à mettre à l'échafaud.

— D'accord. (sourire dans la voix)

— (en souriant) Donc euh... donc j'ai trouvé que c'était plutôt euh... plutôt intéressant parce que les gens réagissaient pas mal. Euh... il me semble qu'ils... que ça a fait un peu réagir, ce cas.

— Ouais.

— Enfin, dans mon souvenir. Donc euh... Voilà, j'ai trouvé que c'était... Du coup, la ré... la réception des autres avait été bonne.

— D'accord.

— Voilà

— Euh.... et euh... parallèlement à cette réception, euh... quels apports, justement, avaient pu euh... être amenés par les... par les autres internes ?

— … Alors, je me souviens plus exactement ce qu'ils ont... ce qu'ils ont dit mais euh... enfin, je... j'ai vu qu'ils euh... qu'ils avaient un petit peu... enfin, euh... les mêmes... les mêmes réflexions qu'il y avait eu avant donc... C... enfin, c'était plutôt... c'était plutôt rassurant et je me suis dit que, du coup, ça... peut-être que ça allait les amener, aussi, à réagir à leurs euh... à leurs situations, à eux.

— Hmmm...

— Euh... après, qu'est-ce que ça m'a apporté ?

— Euh... oui, oui. Est-ce que t'as trouvé qu'ils avaient apporté, justement, des éléments de réflexion intéressants sur le cas ou..?

— Après, c'est un peu particulier parce que, vu que j'en avais déjà parlé lors d'une précédente RMM, c'est vrai que ça avait été quand même discuté donc...

— Ouais.

— C'était surtout que ça avait été redit. Euh... les... les choses, qu'on avait dites avant, avaient plutôt été redites.

— D'accord. Et, du coup, effectivement, par rapport... (sonnerie de l'interphone du cabinet) euh... à cette discussion qu'il y avait eu en RMM... à... l'hôpital, est-ce qu'il y a certaines choses qui avaient pu être apportées en plus, justement ?

— Ben... outre le fait que ça avait l'air d'être une situation qui pouvait être compliquée, pour euh... (sonnette de porte) pour les autres... que... ils voyaient bien la situation dans laquelle je m'étais trouvée... (voix derrière) Euh... au niveau des clefs, pour éviter ce genre d'incident...

— Hmmm...

— Euh... au niveau des clefs, je pense qu'y a pas eu de nouveauté mais par contre... voilà, ça m'a un peu... je sais pas si c'était vraiment le but mais euh... ça m'a un peu rassurée sur le fait que les... que les... les autres... que les autres réagissent à mon cas...

— Ouais ?

— ça pouvait me faire dire que ça pouvait leur arriver et que... J'arrive pas bien à m'exprimer (petit rire) Euh... je me perds un peu dans mes idées.

— Alors justement, c'est une des questions que j'allais te poser, peut-être un peu plus loin, mais euh... que je peux te poser maintenant c'est... justement, est-ce que ça a changé un peu le... le... le regard que t'avais, le ressenti que t'avais de cet é... de cet événement, euh... le fait de l'avoir présenté, là, dans ce contexte-là ?

— Ben, oui. Ça m'a un peu... ça m'a un peu tranquillisée mais, par contre, du coup, je suis quand même... toujours vigilante, vis-à-vis de ce genre de cas.

— Hmmm...

— Mais... ça m'a un petit peu... J'en ai retenu... j'en ai retenu ce qu'on a redit, quoi...

— Ouais.

— Je... C'est les clefs, euh... vis-à-vis de... de cet évetment... de cet événement. Une solution qui m'a été apportée, avant et lors de cette RMN... de cette RMM-là. Donc je... je l'ai retenu pour ma pratique. Du coup, ça m'a un peu tranquillisée aussi, quoi.

— D'accord.

— Voilà.

— OK. Et d'un point de vue plus personnel, du coup, tu commençais à dire, qu'effectivement ça... avait pu te... te... te rassurer, euh... de voir la... la... discussion des autres...

— Hmm.

— Est-ce que, justement, y a eu des changements un peu, euh... entre guillemets, effectivement un peu plus personnels, euh... par rapport à ça ?

— Vis-à-vis de mon état d'esprit ?

— Euh vis à vis de comment euh... comment tu t'sentais après l'événement justement.

— Oui, je dirais que ça m'a un peu déculpabilisée euh... de... de voir que mes collègues internes euh... enfin, étaient un peu... on va dire solidaires aussi, que... ils apportaient un peu leur... leurs opi... enfin, leurs opinions, à ce genre de cas mais sans être... euh... sans juger, sans en... en essayant purement de trouver des solutions à ce qui s'était passé.


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

— D'accord.

— Donc j'ai trouvé ça assez euh... agréable de... de pouvoir travailler, tous ensembles, euh... trouver des solutions, même si, bon je l'avais déjà fait un peu avant. Mais c'est pas le même contexte.

— Ouais.

— Comme c'est avec mes... mes co-internes, finalement, c'est... c'est plus euh... On se sent moins jugé quand on est avec des gens qui sont euh... au même niveau que nous.

— D'accord.

— Donc c'est... je trouve que c'est plus tranquillisant, c'est plus déculpabilisant, on va dire, avec des gens qui sont au même niveau.

— Dans ce contexte-là.

— Voilà, dans ce contexte.

— OK.

— voilà.

— Euh... alors, maintenant, par rapport aux cas qui ont été présentés par les autres internes, euh...

— Hmmm...

— Alors, déjà, qu'est-ce que tu as pensé, justement, des cas, euh... des quatre autres cas qui avaient été présentés ?

— Mmm... de tête... je... là, j'ai... je me souviens plus, comme ça.

— (petit rire)

— J'avoue, je les ai pas... je les ai pas relus

— Alors, sans forcément essayer de... (raclement de gorge) de te rappeler précisément tous les cas qui avaient été présentés, euh... est-ce que euh... t'as une idée, un peu générale, justement, euh... sur ce qui avait été... a... raconté, ce jour-là ?

— Euh... (silence) Ben, j'avoue que j'ai un peu du mal à me... remettre dedans. Une idée générale ? une impression générale ?

— Ouais... ouais...

— Ben, je me souviens avoir trouvé ça intéressant parce que, justement, de débattre sur des problèmes qu'on rencontre, j'avais trouvé ça intéressant, même si je...

— Hmmm...

— je me souviens plus vraiment des cas qui avaient été exposés.

— Ouais.

— Je sais que... voilà, moi, j'avais apprécié de prendre part à ces discussions. J'avais trouvé ça intéressant, de pouvoir euh... aussi les aider et... et faire des choses un peu concrètes, quoi.

— Ouais.

— Un peu concrètes, ouais. Après, je... me souviens plus trop...

— Les cas, eux-mêmes, tu sais plus trop...

— Ouais, non, je... je les ai pas...

— D'accord.

— Je sais pas si tu peux m'en reparler, dans ton entretien, rapidement juste, hein... Genre euh... (sourire)

— (rire) Alors, c'est pas forcément le but et puis, euh... à vrai dire, c'est vrai que je m'en souviens pas non plus, dans le détail. (rire)

— (rire) D'accord.

— Euh... mais, du coup, c'est vrai qu'on va passer sur euh... effectivement, cette discussion, l'analyse de... des cas des autres, justement, t'avait... euh... t'avait parue comment, sur le moment ?

— L'analyse des cas, comment elle m'avait paru ? Euh... c'est un peu difficile de répondre... Euh... je trouvais qu'on était assez... assez motivés pour construire des choses, pour donner des... des idées, euh... à chaque... chaque interne, qui présentait son cas.

— Hmmm...

— Donc, encore une fois, je trouvais ça assez euh... assez intéressant, quoi. C'était euh... exposition du cas, euh... discussion, proposition. Euh... je trouvais que ça s'enchaînait bien, que c'était... euh... Tout le monde était motivé pour faire ce... ce travail.

— Ouais...

— C'était... voilà, je sais pas trop quoi dire d'autre. Peut-être que si tu veux me poser ta question d'une autre manière...

— (rire) Euh... non, mais tu y réponds déjà, effectivement, euh... pas mal, quoi. Effectivement, euh... le... la question, elle-même, c'est euh... sur le moment, ou euh... les moments, du coup, où on discutait, où on analysait les cas des autres, comment... comment euh... comment t'as ressenti, justement, ces moments-là, quoi ? De ton point de vue ?

— Ouais, je... (court silence) J'avais... ouais, j'ai... je... Ouais, c'est... c'est... c'est intéressant parce qu'on se projette forcément sur les... les cas des autres, même si c'est pas exactement le même cas qu'on a vécu...

— Hmmm...

— Les... on... on peut reconnaître des difficultés de pratique ou d'organisation de service ou euh... Donc, du coup, ça... c'est... c'est aussi intéressant parce que, du coup, on... ça... on sent que ça va peut-être permettre de... En y repensant, peut-être que ça va nous donner des clefs à nous pour le futu... pour le futur...

— Hmmm...

— même si c'est pas très concret. Mais, du coup, c'est... c'est ça, qui euh... qui est plutôt motivant dans ce genre de... de... de réunion parce que, du coup, vu qu'on a notre expérience personnelle, même si du coup on parle d'un cas de quelqu'un d'autre, on apporte des clefs en apportant un peu de nous et de notre expérience. Donc, du coup, ça...

— ouais

— voilà, ça... Je... j'avais trouvé ça a... assez agréable comme... comme travail.

— D'accord.

— Hmm.

— Euh...qu'est-ce que tu retiens, maintenant, des actions d'amélioration qui avaient été proposées, ce jour-là, justement ?

— Vis-à-vis de mon cas ?

— Vis-à-vis de ton cas ou des autres.

— … Ben, encore une fois si euh... c'est ce que je disais, c'est que... ce... En tout cas, mon cas m'a... m'a quand même... il m'a un peu marquée parce que je m'en souviens bien et que...

— Hmmm...

— et j'ai toujours la vigilance... mmm... en tête, de ce qui a été proposé en... en actions, en conséquences. Donc... ça a bien fait rentrer, dans mon esprit, ce qui avait été proposé, par les uns et les autres. Après, sur... sur le cas des autres, c'est plutôt des impressions générales, c'est plutôt...

— Ouais ?

— Voilà. C'est pas... c'est pas quelque chose vraiment d'applicable, comme ça sur... un cas précis, c'est plutôt... voilà, c'est plus une idée générale... de vigilance... de... de sécurisation... Enfin, voilà, c'est...

— D'accord.

— C'est pas... c'est pas quelque chose de précis, c'est moins palpable que pour mon cas, quoi.

— D'accord. Ouais, pas le souvenir de mesures précises mais euh...


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

— Une impression générale et un... sentiment de... voilà, de... de vigilance à avoir pour mon exercice...

— D'accord...

— Voilà, qui est resté.

— Qui est resté depuis, justement, euh...

— Ouais.

— depuis la revue, quoi.

— Hmmm...

— Qui était déjà là, on va dire un petit peu avant, par exemple, suite à la... à la revue que t'avais faite à l'hôpital ou euh... ou qui est apparue, justement, avec celle qu'on a faite, nous ?

— Peut-être d'une manière un peu plus globale parce que c'est vrai que, du coup, y avait la vigilance par rapport à mon cas... bon, que j'avais avec la RMM que j'avais fait avant...

— Ouais...

— Mais de voir que... voilà, y avait plusieurs cas possibles... apportés par plusieurs personnes, ça renforce le sentiment de vigilance, d'une manière globale, on va dire.

— D'accord.

— Donc ça... ça ouvre un peu plus de... de perspectives.

— OK. Est-ce que, outre cette vigilance, est-ce que tu as l'impression que ça a apporté autre chose, dans ta pratique, euh... depuis... depuis la revue de morbi-mortalité ?

— … Non, je pourrais pas dire que... ça... ça... Ça a pas fondamentalement changé quelque chose, quoi, on va dire. Pas quelque chose d'autre.

— D'accord.

— Voilà.

— Euh... est-ce que, plus généralement, ça a pu euh... apporter quelque chose, par rapport à la perception que tu avais des euh... des événements indésirables ?

— Euh... (vibreur de téléphone) qu'ils sont multiples... (petit rire)

— (petit rire)

— et courants !

— Euh... oui! (petit rire)

— Voilà, c'est ça. Euh... euh... Ben... tu peux reposer ta question ? Parce que...

— (petit rire) Euh... est-ce que, donc depuis euh... la revue qu'on a faite, t'as l'impression euh... que euh... euh... enfin, que... comment dire ? euh... que ton point de vue... ou que tes impressions ont changé, par rapport aux événements indésirables, d'une manière générale, quoi. Pas forcément celui que tu as présenté mais euh...

— … Ben, ça... ça rencontre un peu le... ce que je disais sur le niveau de vigilance, c'est que... (court silence) Si... enfin...ils sont... enfin, s... comment dire ? C'est assez multiple donc, du coup, ça... c'est pour ça que ça renforce aussi le... le niveau de vigilance.

— Hmmm...

— Mais c'est... Ça aussi... ça m'a fait penser que... voilà, ça peut me... ça peut me ré-arriver, par la suite. Je vois que les situations sont multiples, quoi. Mais euh... voilà, j'ai pas... j'ai pas à dire grand chose de plus que ça. Je sais pas trop.

— D'accord. (sourire) Euh... alors maintenant, globalement, par rapport à... à... la méthode et au... à la façon, justement, dont était construite la... la revue de morbi-mortalité...

— Hmmm...

— euh... qu'est-ce que tu penses de cette méthode, euh... pour parler d'événements indésirables ?

— Oh, ben, je pense qu'elle est... enfin, c'est... elle est bonne, quoi. D'exposer son cas, qu'il y ait une assistance... euh... donc qui écoute le cas et qui... après proposer... fait des propositions, je trouve ça... Enfin, c'est tout à fait adapté et c'est... Après, le débat qui s'ensuit euh... est intéressant donc... enfin, je trouve que c'est bien... c'est b... c'est bien construit, quand c'est comme ça.

— OK. Euh... est-ce que ça permet d'apporter, selon toi, quelque chose en plus, par rapport à... à d'autres enseignements, d'autres groupes d'échange qui peuvent exister, déjà ?

— Alors, j'ai pas... j'ai pas participé à des groupes de pairs ou ce genre de... chose donc je... j'ai j'ai pas trop de moyen de comparaison. Mais je trouve que ça change d'un enseignement théorique... ou euh... d'un colloque sur quelque chose de très scientifique. Je trouve que... et c... et plus qu'une GEP normale, je trouve. Dans notre formation d'interne, je trouve que c'est euh... c'est plus intéressant qu'une GEP.

— OK. Je pensais justement, notamment, aux ateliers ou aux journées, qui sont proposés au DES ?

— Ben, les ateliers restent... restent intéressants, je pense mais...

— Ouais...

— les GEP, je trouve que... globalement, ça m'apporte moins de chose. Donc je trouve qu'en RMM, justement, c'est des situations concrètes mais euh... euh... enfin, je trouve ça... je trouve ça... Voilà, moi, je trouve ça plus intéressant de faire ce genre de chose qu'une GEP classique.

— D'accord.

— Et euh... de même niveau d'intérêt que ce qu'on nous propose, en séminaire ou en... euh... ou en atelier.

— OK.

— Voilà.

— Euh... est-ce que tu se rais prête à en refaire si euh... si... si on t'en reproposait ?

— Oui. Oui, oui. Tout à fait... pas de souci.

— D'accord. Euh... on arrive vers la fin de l'entretien. Du coup, est-ce que tu as d'autres remarques à faire sur... n'importe quel point qu'on a abordé euh... jusqu'ici ?

— Mmm... non.

— D'accord.

— Non, pas d'autre remarque.

— Euh... et donc, dernière question : éventuellement, est-ce que tu as des suggestions euh... sur des points à améliorer, euh... que ce soit dans l'organisation, dans le... le déroulement de la séance le jour-même euh..?

— Non ça me paraît assez... bien. Prévenir à l'avance, euh... Non, l'organisation... Non, je pense qu'y a rien... Enfin, moi, je trouve que ça a été bien fait, quoi. Je pense pas.

— D'accord.

— Voilà !

— OK. Très bien. Et ben, écoute, merci beaucoup.

## 2e groupe – Entretien n°15 du 24/10/14

— Alors... ben, écoute, bonsoir et merci d'accepter qu'on se revoie pour cet entretien. Euh... comme je l'avais préc... euh... précisé lors des précédentes étapes, toute la démarche est organisée dans le cadre du travail de ma thèse, qui s'intéresse donc à un point de la qualité et de la sécurité des soins chez les internes de médecine générale. Euh... l'objectif était donc de tester la... revue de morbidité et de mortalité, euh... d'une part en tant que... qu'outil de... d'amélioration de la pratique et puis également pour permettre de revenir sur des situations... ben, qui avaient pu être vécues de manière un peu difficile, quoi.

— D'accord.


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

— Donc, avant de débuter, je voulais t'informer que tout l'entretien sera enregistré.

— Oui ! (petit rire)

— Euh... voilà ! (rire)

— Oui. J'avais compris. (rire)

— Malgré tout, du coup, euh... enfin, après retranscription, toutes les données resteront anonymes et donc y a rien qui permettra de te... de te reconnaître dans le travail final.

— D'accord.

— Euh... avant de commencer, je vais te poser quelques petites questions sur ton parcours, pour juste quelques petites info sur... voilà, sur les internes que... avec qui j'ai travaillé.

— Ouais.

— Euh... alors déjà, quel âge as-tu ?

— Euh... 26.

— OK. Euh... à quel semestre est-ce que tu étais lorsqu'on a fait la revue, justement ?

— C'était en février ?

— Ouais.

— Euh... aux urgences... adultes à X.

— OK. Et c'était donc ton premier ? Troisième ?

— Premier.

— Premier. OK. Euh... oui, du coup, t'avais rien validé encore ?

— Non.

— (sourire) Allez, on va attaquer l'entretien à proprement dit. Euh... avant d'en faire une, donc, dans le cadre de... mon travail de thèse, est-ce que tu avais déjà euh... fait ou entendu parler de la revue de morbi-mortalité ?

— Euh... alors fait, non. Mais euh... j'en avais déjà entendu parler en... en ED. Enfin, l'année dernière, en D4, euh... une... une médecin qui était venue nous en parler (bruits dans le fond) nous expliquer un peu ce que c'était. (court arrêt de l'enregistrement)

— Alors, attends. Je relance. Euh... donc ouais, en D4 ?

— Une...

— Un ED ?

— Un ED. Euh... une des médecins qui nous avait parlé de... de ça et qui nous avait expliqué ce que c'était et elle nous avait présenté un peu des...des cas qui avaient pu être discutés.

— D'accord.

— Et notamment un, qu'elle avait vu elle...

— OK. Euh... c'était un ED dans quel cadre, du coup ?

— Euh... ben, les ED... obligatoires, à la fac, en... en D4.

— D'accord. OK. Moi, j'avais pas eu ce genre d'ED, donc... (petit rire)

— Ah. Ouais, ben... sur la fin on avait quelques-uns, oui.

— OK. À Lyon ?

— Oui, à Lyon Est, oui.

— D'accord. Je savais pas qu'ils faisaient ça, maintenant.

— Je sais plus exactement. On était en petits groupes, oui...

— OK. Et, du coup, vous en aviez pas fait une...

— Non.

— même informelle..?

— Non.

— D'accord.

— Mais on avait parlé de ça, oui.

— OK. Euh... alors maintenant, je vais te poser quelques questions sur le... le... déroulement, en fait, justement du travail. Euh... qu'est-ce que tu as pensé, dans un premier temps, des explications orales que j'avais données sur le... sur le projet, en particulier lors de la séance de présentation donc... que... que j'avais faite avant la... la revue ?

— Par rapport... c'est-à-dire les explications, euh...

— Euh... ben, sur le déroulement, en fait, justement, de... euh... de toute la démarche... sur le... la... la revue elle-même...

— Ouais, ben... Enfin, c'était... c'était clair. Enfin, c'était bien expliqué... 'fin, je pense qu'on avait tous euh... on avait tous compris la démarche et euh...

— Hmmm...

— et... joué le jeu.

— OK.

— (court silence) Je sais pas... (petit rire)

— (rire) Euh... par rapport aux explications écrites que j'avais laissées, du coup, euh... celles que j'avais données, euh... le jour-même - j'avais distribué une petite fiche, je crois.

— Oui.

— Et puis, éventuellement, ce que j'avais pu euh... aussi écrire dans les mails ?

— ...

— (petit rire)

— Je... Enfin, je... je me souviens, je l'avais lu, hein, mais à l'époque euh... Euh... je me rappelle plus trop, quoi.

— D'accord. Globalement, est-ce que tu penses que t'avais euh... une idée assez précise...

— Ah ! Oui, oui.

— de comment les choses allaient se passer ?

— Par contre, ça, c'était vraiment clair, oui.

— D'accord.

— Oui, c'était bien expliqué, bien... enfin le... le déroulement et euh... pourquoi tu nous demandais de... de faire ça et...

— OK.

— Ouais.

— Et le déroulement, également, le jour-même... le jour de la revue ?

— Ouais, ça aussi euh... Ouais, enfin, c'était euh... qu'on devait euh... chacun préparer un cas et...

— Hmmm...

— que... oui qu'on... qu'on était interrogé, puis ap... après, qu'on en discutait euh...

— Hmmm...

— qu'on en rediscutait entre nous sur... qu'est-ce qui avait... euh... quels étaient les facteurs...

— De ça, oui.

— qui avaient influencé euh...

— OK. Euh... ton choix, justement, tu l'avais choisi comment ?

— (silence)

— Comment s'était passé, justement, le choix de... de ce cas ?

— Euh... quand on m'a parlé de la revue de morbi-mortalité...

— Ouais ?

— je savais déjà que j'allais prendre ce cas, en fait. Enfin, moi, il m'avait po... vraiment posé problème, aux urgences, et, du


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

coup, euh... ça m'était vraiment venu euh... celui-ci, quoi.

— D'accord.

— Euh... parce que euh... enfin, j'avais choisi un... un cas, justement, d'une patiente qu'était revenue euh... euh...Enfin... voilà, quoi. Et... oui, j'avais pensé directement à ça, en fait.

— D'accord. C'était un cas qui s'était passé euh... peu de temps auparavant ?

— Ouais. Ouais, peu de temps auparavant, ouais.

— OK.

— Donc c'était tombé à ce moment-là et j'avais pensé à ce cas, euh... ouais, qui s'était passé euh... ouais, dans les... pas dans le mois, hein... Enfin, ouais...

— D'accord, ok. Et qui... te semblait correspondre justement au..?

— Oui.

— OK. Euh... ce cas, est-ce que tu en avais parlé, déjà euh... avant la... la revue, avec euh... des... des seniors, avec des co-internes ?

— Oui. Oui, oui. Oui, comme... Oui, j'en ai parlé... ben, déjà au... au senior, qu'était présent sur place et à mes co-internes.

— OK.

— Euh...

— D'accord. Euh... maintenant, on va se mettre, un peu, euh... dans le... enfin, à nouveau, dans le jour, justement, de la revue. Euh... de ton point de vue, comment s'était passé euh... la présentation de ton cas ?

— Euh... c'est-à-dire. Enfin...

— Euh... hmm... comment tu t'étais sentie, à ce moment-là, euh... comment t'avais perçu, en fait, le... le moment où tu présentais, en fait, euh... ton cas clinique, quoi.

— Euh... ben, pour moi, ça... enfin, après euh... j'ai pas encore beaucoup d'expérience... sur la présentation des cas mais euh..

— Hmmm...

— euh... Finalement, comme... comme on présente les cas dans... dans un GEP. Et euh... et... voilà. Enfin, j'avais pu euh... clairement euh... dire ce qui s'était passé. Enfin, ce qui a posé problème sur ce cas-là et euh... quelles étaient les hmm... euh... les conséquences euh... concernant la morbi-mortalité, justement, du cas.

— Hmmm...

— Et euh... qu'on avait bien pu en débattre, après, et euh... chacun avait un peu donné ses... son avis sur...

— Ouais ?

— sur les facteurs, justement, qui étaient intervenus, euh... sur ce cas.

— OK. Donc la discussion euh... j'allais te poser la question aussi euh... enfin, justement, comment t'avais paru la discussion, autour du cas ?

— Ben, justement, plutôt intéressante et constructive de... En fait, c'est vachement intéressant de savoir... euh... sur tel cas, en fait... que, en fait, y a plein de vecteurs qui ont pu euh... influencer euh... enfin, la prise en charge et tout ça, donc...

— OK.

— De... un peu de... en fait, de... d'avoir une réflexion autour du cas, euh... dire : « Ben, voilà, qu'est-ce qui a pas fonctionné ? Comment ça aurait pu se passer », tout ça...

— D'accord. Et euh... d'un point de vue plus personnel, comment tu t'étais sentie, justement, à ce moment-là, euh... que ce soir au moment de la présentation ou au moment de l'analyse... de la discussion ?

— Euh... ben... (court silence) Ben, bien... enfin...

— T'avais pas eu de... enfin, ressenti de difficulté particulière ou..?

— Non. Non, plutôt... à l'aise. Enfin...

— Ouais ?

— Oui.

— OK.

— (silence)

— Comment t'avais perçu le... le regard ou l'écoute, justement, des autres ou..?

— Ben, j'ai senti que... qu'on m'écoutait, que... que... Enfin, oui je... Ben, oui, je me sentais à l'aise, enfin... et puis, oui, les autres autour étaient... étaient à l'écoute, quoi.

— Ouais ?

— Hmm.

— OK. Donc, ouais, pas de souci particulier, à ce moment-là, quoi.

— Non, non. Non.

— Très bien. Euh... maintenant, par rapport aux cas des... de tes co-internes, comment... enfin, ouais, comment est-ce que tu avais trouvé ces cas ? Qu'est-ce que tu avais pensé des cas qu'ils avaient présentés ?

— Euh... ben, je les a... Enfin, c'était pareil, ça... je trouvais que c'était adapté à la... à la... revue de bimortalité et c'était intéressant. Et je pense que c'étaient des cas quand même assez intéressants, sur lesquels il y avait une vraie réflexion à faire.

— Hmmm...

— ...

— OK. Euh... qu'est-ce que t'avais pensé, maintenant, du... des discussions, justement, de l'analyse qu'il y avait eu autour des cas des autres ?.

— … Euh... (silence) J'essaie de m'en souvenir parce que c'est loin mais euh...

— Ouais !

— Euh... ben un peu de la même manière que sur mon... enfin, sur mon cas. Et euh... et on avait pris le temps, à chaque fois. Euh... non, enfin, c'était... enfin, comme... comme pour le mien, enfin, comme pour mon cas...

— OK.

— euh... on a un peu débattu, sur tous les... tous les cas, à chaque fois, et c'était intéressant de... de donner son point de vue, aussi, euh... nous, sur... qui étions extérieurs sur les cas qui étaient présentés.

— D'accord. Euh... et sur le... le fond, justement, de... des cas qui avaient été présentés, euh... est-ce que les... les situations, justement, qu'avaient vécues tes co-internes euh... euh... te parlaient ou..?

— Ah, oui ! Bah, oui. Oui, oui, totalement. Enfin, c'était... c'est des choses qu'on peut rencontrer, qu'on pouvait tous rencontrer donc euh... ça a aussi permis d'apprendre des choses... grâce à... grâce... aux cas qu'ils ont présentés, oui.

— D'accord. Euh... (nouvelle interruption de l'enregistrement) Euh... donc on reprend, à nouveau, euh... est-ce que tu te souviens... est-ce que tu as retenu des... des actions d'amélioration qui avaient été proposées, ce jour-là, euh... lors de la revue ?

— Euh... mfff... Bah, à peu près pour le mien, oui. Mais euh... de là... pour les cas des autres, j'aurai un peu plus de mal. Ça... ça fait longtemps...

— D'accord.

— Ceux.. j... De manière générale ou sur chaque..?

— Sur le tien ou sur les autres, effectivement.

— Euh... oui, oui. Euh... (court silence)


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Alors, sans forcément euh... essayer de me les re-citer euh... toutes de mémoire, mais est-ce que, depuis, tu as pu appliquer, en fait, certaines de ces actions d'amélioration dans ta pratique ?
- … Euh... (court silence) Vraiment à dire... enfin, ouais, non. Enfin, pas forcément euh... sur les mois qui ont suivi, euh... pas forcément, par rapport à... aux cas que j'ai rencontrés... euh non.
- Hmmm...
- Je vois pas... j'ai pas forcément mis... en pratique, on va dire.
- D'accord.
- Enfin, ça m'avait aidée pour ce cas-là mais... c'est vrai, qu'après, j'ai plus eu euh... enfin, non.
- OK. Euh... et est-ce que, plus généralement, euh... t'avais noté euh... des changements dans ta pratique, entre... entre avant et après, justement, cette revue de morbi-mortalité ?
- … Euh... (court silence) Pas... enfin... (silence) Oui, enfin, ça... forcément. Enfin, ça me... enfin, ça influence quand même... à faire... enfin, à faire plus attention et...
- Hmmm...
- Enfin, pour la démarche, quoi. Après, là, j'étais encore aux urgences donc c'était plus... enfin, faire... prendre les... plus les cas en globalité, faire plus attention... Par exemple, moi, ce qui m'avait pro... posé problème, euh... sur mon cas, c'était le... c'était un peu que ça avait été mal... trié au départ. Enfin, y avait un problème de filière...
- Hmmm...
- et... c'est vrai que, là, aux urgences encore - parce que je suis encore aux urgences mais en pédiatrie -...
- Ouais.
- on a encore ce système-là, de... de tri au début...
- Ouais.
- et sur ça, ça m'a... Enfin, j'ai fait vachement attention parce que... Initialement, sur le cas, il avait été trié côté traumato et, du coup, tout le côté médical avait été laissé un peu de côté et, là, aux urgences pédiatriques, j'ai fait plus attention. Même si les patients étaient triés, euh... de tel côté...
- Hmmm...
- de prendre en compte... tout le reste, euh... si y avait d'autres... d'autres choses. Parce que c'est pas parce qu'ils étaient d'un côté que on se focalisait euh...
- D'accord. Et t'as l'impression, justement, que t'arrivais plus à... à faire attention à ça ?
- Ouais. Ben, j'ai fait plus attention, oui.
- D'accord. Euh... d'un point de vue plus personnel, est-ce que, justement, la présentation en revue de morbi-mortalité a permis des changements, sur la façon dont tu ressentais le... le cas que tu avais présenté ?
- Euh... oui, oui. Oui... enfin, ça m'avait permis euh... oui, de... de... Enfin, ouais, toute la... toute la réflexion qu'il y avait eu autour, ça m'avait euh... permis de comprendre un peu pourquoi euh... ça s'était passé comme ça et euh... ce que... qu'est-ce qu'on aurait pu faire, euh... dès le début, pour que ça... que ça se passe pas de cette manière.
- D'accord.
- Qu'est-ce qui aurait pu être changé, ce que j'aurais pu, moi, faire de plus ou de moins...
- Ouais ? Euh... et le vécu que t'avais de cet événement a aussi un peu changé ? Est-ce que euh..?
- … C'est à dire ?
- (petit rire) Euh... je sais pas. La façon dont tu ressentais, en fait, le... le... les événements...
- Oui, en fait, je me... C'est vrai que, en... en réfléchissant euh... sur le fait qu'il y avait énormément de facteurs... qui... qui avaient influencé – parce que y a pas que une seule raison qui a fait que... voilà, ça s'était mal passé...
- Hmmm...
- euh... donc c'est vrai qu'on s... on... finalement, on... on se remet vachement en question et on se dit que... on est pas le seul acteur responsable...
- D'accord.
- et que... y a quand même d'autres... d'autres choses et que c'est pas forcément à cause de nous euh... que ça s'est passé.
- D'accord.
- Ça... ça m'a vraiment permis d'apprendre ça. Euh... mais sur la... pas seulement sur mon cas, mais sur la RMM, euh... de manière générale.
- Ouais.
- Enfin que... que si ça se passe mal... Ça, c'est vrai que ça m'a... Même... en fait, finalement, même sur la pratique après, là, euh... on se dit que... si... enfin, si quelque chose se passe mal, on est pas forcément le seul responsable. Et c'est vachement intéressant de... de voir que y a... voilà, y a plein d'autres choses qui... plein de paramètres qui viennent se mettre en compte et euh...
- Hmmm...
- et qu'on est pas forcément obligé de se remettre en question, juste soi-même.
- D'accord. Euh...
- Enfin, si. Forcément, si ça s'est mal passé à cause de nous, on se remet forcément en question (petit rire) mais... mais c'est intéressant de réfléchir que... on est pas tout seul, quoi.
- D'accord. Et euh... avec, justement cette perception du... enfin, de... des multiples facteurs qui peuvent intervenir, est-ce que, justement, t'arrives à... à appliquer ça un peu dans ta pratique ou c'est euh..?
- Ben, c'est encore un peu difficile, hein.
- Ouais...
- Mais euh... euh... Oui, enfin récemment, en plus, j'ai eu un autre... un autre cas, euh... qui aurait pu être mon cas de RM. Oui, là ça m'a permis de... de réfléchir qu'en fait, là, clairement sur ce cas-là, j'étais pas... Enfin, je m'étais beaucoup remise en question, justement...
- Hmmm...
- sur un cas de... qui m'est arrivé cet été. Et euh... et, en fait, j'ai réalisé... j'en ai beaucoup parlé autour de moi et euh... euh... finalement, euh... en discutant avec les gens, je me suis rendu compte que, oui en effet, y avait plein d'autres... plein d'autres choses qui rentraient en compte et que c'était pas forcément que moi. Enfin...
- OK.
- Donc, ouais. Ça... ça... ça m'avait permis quand même de réfléchir.
- D'accord. Euh... est-ce que, plus généralement, la revue de morbi-mortalité t'a apporté euh... un autre regard ou euh... ou euh... enfin, changé un peu ton vécu des événements indésirables, d'une manière générale ?
- Oui. Ben, oui.
- Ouais. C'est vrai qu'y a un peu, déjà, ce... ce que tu viens de me dire.
- Ouais. (rire)
- (rire)
- Surtout de cette manière-là. Euh... ouais... principalement, comme ça. Enfin...
- d'accord.


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

— Enfin, voilà, c'est... enfin, moi, c'est un peu ce que j'en ai retenu, finalement, pour résumer.

— D'accord. Cet aspect euh...

— Ouais...

— euh... particulier, euh... pluri-factoriel, quoi.

— Oui.

— D'accord. Euh... pour en revenir au cas précis que t'avais présenté, est-ce que euh... les discussions qu'y avait eu, lors de la revue de morbi-mortalité, avaient apporté quelque chose de plus, par rapport à celles que tu avais eu déjà, auparavant ?

— Euh... je me... enfin, je me souviens pas é... très précisément mais euh... Il me semble que c'était quand même un petit peu ce que j'avais... ce qu'on a... ce qu'on... ce que j'avais déjà dit, autour de moi euh...

— Hmmm...

— Euh... y avait plus la réflexion et euh... ça je l'avais pas eu avec les collègues. Euh... la réflexion... autour de... du tri à l'arrivée et euh... qui influençait vachement euh...

— D'accord.

— le... le fait que, justement, y avait eu cette erreur.

— Ça, t'en avais pas parlé non plus, du coup, avec tes seniors, dans le service ?

— Ça, non. Non parce que c'était un... du coup, un senior du service. Du coup, j'avais pas très envie de remettre en question la personne...

— D'accord.

— (rire étouffé) qui avait vu la patiente, initialement, donc...

— D'accord. Ouais, c'était plus délicat d'en parler euh... de l'analyser...

— Ouais parce que moi, je... je l'ai présenté mais c'était moi qui l'avais vue euh... revenir, en fait.

— Ouais.

— Donc... donc, nan, j'avais pas... j'avais pas parlé de... de ça.

— D'accord.

— Avec mes co-internes, oui, mais pas avec les seniors.

— OK. Euh... qu'est-ce que tu as pensé, maintenant, de... ben, de la méthodologie, en fait, de la revue de morbi-mortalité, euh... de la façon dont on analyse les cas, en fait, euh... pour parler d'événements indésirables ?

— Euh... Ben... pour le fait que chacun présente son cas et après on..?

— Euh... ben, déjà ça, effectivement. La démarche...

— Oui, ça, c'est bien.

— donc, la présentation puis la discussion...

— La présentation initiale, ouais, et puis après chacun... C'est bien, le fait que... on fasse... on fasse dans l'ordre. Après, chacun... chacun apporte un peu à la discussion donc ça, c'est intéressant.

— Hmmm...

— Et euh... c'était bien, après, euh... si je me souviens bien, y avait euh... toi, donc, tu... tu remettais un peu... euh... au clair, un peu toutes les idées que... qu'on avait un peu eu euh...

— Ouais...

— euh... chacun euh... de son côté et, du coup, à chaque fois, on remettait un petit peu... un petit peu d'ordre là-dedans. Donc ça, c'était bien.

— OK.

— C'était bien, ouais, de... de résumer chaque cas et euh... de revoir un peu tout ce que tout le monde avait dit. Et euh... et sur la fin, euh... aussi... je me souviens pas trop mais euh... on avait rediscuté de manière globale ? Non ?

— Euh... après la présentation de tous les cas ?

— Ouais. Ouais.

— C'est possible, ouais. Ouais, je sais que X (tuteur du groupe), justement, travaille pas mal là-dessus...

— Ouais...

— et, du coup, il avait peut-être fait un point complet, ouais. Euh...

— Non. c'était bien... bien organisé, ouais.

— D'accord. Bon, ce dernier point... point-là, c'était pas spécialement prévu mais...

— Ouais.

— X étant parti là-dedans, euh... Euh... qu'est-ce que tu pensais, aussi, du cadre dans lequel c'était fait ?

— Euh... le cadre..?

— Ben, le cadre... en fait...

— La fac ?

— Pas la fac, elle-même (sourire) mais le... comment dire... enfin, le groupe de GEP, finalement, quoi. Le...

— Oui, mais c'était bien. En plus, ça nous a vraiment permis de voir ce que c'était parce que euh... pendant l'internat, je sais pas si on aura le... l'occasion d'en... d'en refaire, en fait.

— Hmmm...

— Et ça, c'est plutôt euh... plutôt des choses qui se font euh... entre médecins... Enfin non, c'était intéressant de... d'en faire une, de... de participer à la réflexion et de... au moins voir une fois, euh... avant de... de commencer vraiment notre pratique. De...

— D'accord.

— d'avoir participé à une RMM...

— À ça, oui.

— Oui.

— OK. Euh... et j'ai oublié de te relancer là-dessus, justement, euh... un petit peu avant, mais est-ce que t'avais l'impression d'avoir pu participer, euh... comme tu voulais aussi, ce jour-là ?

— Oui. Oui, oui. Ouais. Nan, y avait pas eu de souci.

— OK.

— ouais.

— Maintenant, euh... est-ce que... est-ce que t'as l'impression que, justement, cette revue, euh... comme j... comme... comme je l'ai faite, apporte quelque chose, par rapport à d'autres enseignements qui existent déjà à la fac ? Que ce soit les GEP ou euh... ou euh... des ateliers, des... des séminaires ?

— Ben... oui, oui. Ben, c'est vraiment... Je trouve, déjà euh... le fait d'être en petits groupes et d'avoir une vraie discussion entre nous, où chacun apporte son avis, c'est... c'est... on a... je trouve qu'on apprend plus là-dessus, que sur les séminaires à la fac... enfin, où on écoute le prof parler et euh... Là, c'est plus intéressant euh...

— D'accord. Euh... et est-ce que tu serais d'accord pour recommencer ce type de groupes d'échange, du coup, euh... par la suite ?

— Oui.

— OK.

— Oui.

— Euh... donc là, on arrive vers la fin. Euh... est-ce que tu as d'autres remarques, éventuellement, à faire ou euh... des suggestions pour euh... euh... pour améliorer un peu le... le dispositif ?

— Euh... hmm... enfin, non, pas particulièrement. Je trouve que c'était bien mené. Après, euh... de ma... de ma petite expérience


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

(petit rire)... Non, je trouve que c'était bien. Enfin...

- D'accord. Des points, éventuellement, à améliorer ou euh... des remarques..?
- Euh... (silence) Non, je pense...
- Pas spécialement.
- Non.
- OK. Et ben, écoute, merci pour ta participation.
- (toux) Pardon... (toux)
- On finira sur cette petite toux !


EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)

**EICHINGER Guillaume** : La revue de morbi-mortalité dans la formation initiale des internes de médecine générale : à propos d'une expérimentation à la Faculté de Médecine de Lyon Est.

177 f., 1 ill., 3 tab.

Th. Méd. : Lyon 2015 n° 241/2015

**Résumé :**

La revue de morbi-mortalité (RMM) consiste en une analyse collective et rétrospective de situations marquées par un événement indésirable associé aux soins (EIAS). Cette analyse se veut systémique et vise à mettre en évidence les facteurs ayant favorisé l'événement et à trouver des actions d'amélioration devant permettre de prévenir un nouvel incident. Elle peut avoir deux objectifs différents : l'évaluation et l'amélioration des pratiques dans un système de soins ou un but pédagogique, notamment pour la formation des internes.

Nous avons mené une étude qualitative, en interrogeant 15 internes de médecine générale ayant participé à deux RMM dédiées spécifiquement à leur pratique et organisées pour ce travail. L'objectif était d'évaluer l'impact de telles revues sur la pratique des internes et sur leur vécu des situations présentées.

L'analyse des entretiens a révélé une grande satisfaction des participants vis-à-vis de la RMM. Celle-ci correspond à une demande de la part des internes d'analyser les EIAS, sous une forme appréciée, par le biais d'échanges et de discussions en groupe. La RMM a permis de révéler ou de confirmer de nombreuses notions de culture de sécurité. Les apports en termes de changements de pratiques sont modestes. Ce sont surtout des démarches individuelles (rigueur, vigilance) mais quelques changements, notamment en terme de communication, peuvent avoir un impact plus concret.

Au final, cette expérimentation, malgré ses limites, a semblé une réussite et plaide en faveur de la mise en place de tels groupes d'analyse des EIAS chez les internes de médecine générale.

**MOTS CLÉS :**

revues de morbi-mortalité, internes, formation initiale, médecine générale, culture de sécurité, pédagogie

**JURY :**

Président : Monsieur le Professeur Cyrille COLIN

Membres : Monsieur le Professeur Philippe MICHEL

Madame le Professeur Marie FLORI

Monsieur le Docteur Marc CHANELIÈRE (directeur de thèse)

**DATE DE SOUTENANCE**

Mardi 13 octobre 2015

**Adresse de l'auteur :**

6 place Puvis de Chavannes, 69006 LYON

guillaume.eichinger@gmail.com

EICHINGER
(CC BY-NC-ND 2.0)