

Le fait d'avoir vu des seniors se comporter d'une certaine façon face à une erreur médicale influence-t-il les étudiants dans leur manière d'appréhender puis de révéler leurs propres futures erreurs médicales, qu'elles soient considérées comme graves ou pas ? Cette étude américaine publiée en 2014 traite de l'influence, bonne ou mauvaise, des médecins seniors sur la capacité des étudiants à avouer leurs erreurs médicales aux patients. Lecture critique d'un thésard sans concessions.

Abstract:

Does having seen senior doctors behave in a certain way when facing a medical error influence students in their way of coping and revealing their own future errors, whether the latter are considered serious or not by the students? This US study discusses the influence, good or bad, of the senior doctors on the ability of the their students to reveal medical errors to patients. Critical reading of a PhD student without concessions.

Role-Modeling and Medical Error Disclosure: A National Survey of Trainees¹

Les modèles comportementaux et l'annonce de l'erreur : une étude nationale auprès d'internes américains

L'importance de l'exemple ?

Cette étude américaine réalisée en 2011-2012 visait à évaluer l'association statistique entre :

– D'une part, l'exposition des étudiants en médecine (externes et internes) à des « modèles comportementaux » (« *role modeling* » en anglais) émanant de leurs seniors, pouvant être « positifs » ou « négatifs », en réaction à la survenue d'erreurs médicales délétères pour le patient.

– Et d'autre part, 2 conséquences que sont le « positionnement » et les « comportements » (respectivement « attitudes » et « *behaviors* » en anglais) de ces

mêmes étudiants vis-à-vis de la divulgation ou non de leurs éventuelles erreurs médicales à venir.

En d'autres termes, la question principale était : le fait d'avoir vu des seniors se comporter d'une certaine façon face à une erreur médicale influence-t-il les étudiants dans leur manière d'appréhender puis de révéler leurs propres futures erreurs médicales, qu'elles soient considérées comme graves ou pas ?

Méthode

L'étude a consisté à soumettre un questionnaire électronique à presque 1 600 étudiants (435 internes de 1^{re} année et de 3^e année issus de différentes spécialités médicales ou chirurgicales, et 1 187 externes de 4^e année, sur 7 écoles de médecine). Il s'agissait

David Chriqui

Interne en médecine générale en cours de thèse
Département de Médecine Générale. Université Paris Diderot
dchriqui@free.fr

Mots clés : erreurs médicales ; comportement [medical errors; behavior]

1. Martinez W, Hickson GB, Miller BM, et al. Role-modeling and medical error disclosure: a national survey of trainees. Acad Med. 2014;89(3):482-9.

d'une étude rétrospective interrogeant les étudiants sur leurs expériences passées d'exposition à des « modèles comportementaux » de seniors vis-à-vis d'erreurs médicales, et sur ce qu'ils penseraient faire eux-mêmes plus tard face à une erreur médicale. Un lien a été recherché en tentant d'établir une relation statistique entre cette exposition et leur positionnement vis-à-vis de la divulgation de l'erreur médicale, classé comme positif ou négatif, et leur comportement, toujours vis-à-vis de la divulgation de l'erreur médicale, décrit par les auteurs comme « non transparent » ou « transparent ».

Quelques précisions sur les termes employés par les auteurs

Certains termes et notions utilisés par les auteurs nécessitent d'être expliqués pour mieux comprendre leur étude.

Concernant le « **positionnement** » des étudiants vis-à-vis d'une future erreur médicale (c'est-à-dire ce qu'ils « pensent » de la divulgation de leur erreur), les auteurs discernent les positionnements « négatifs » (« parler de mon erreur me portera préjudice ») des « positifs » (« parler de mon erreur est une bonne chose ») :

« *Positionnements négatifs* » :

- « Je serai maltraité (brimades, humiliations...) »
- « Ma carrière sera impactée négativement »
- « J'aurai plus de chance d'être poursuivi en justice »
- « La relation médecin-malade sera dégradée »

« *Positionnements positifs* » :

- « Je me sens préparé à révéler une erreur médicale à un patient »
- « Je me sens prêt à parler de mes problèmes aux autres membres de l'équipe médicale à propos d'une erreur »
- « M'excuser pour une erreur que j'ai faite est important »
- « En cas d'erreur délétaire, tout révéler au patient est la chose à faire »

Concernant les « **comportements** » des étudiants vis-à-vis de l'erreur médicale (c'est-à-dire ce qu'ils « feraient » en cas d'erreur), les auteurs les classent en 2 catégories : les comportements « non transparents » (l'étudiant a caché son erreur) et ceux dits « transparents » (l'étudiant est parvenu à parler de son erreur) :

« *Comportements non transparents* » :

- « Je n'ai pas parlé de mon erreur au patient ou à sa famille »
- « Je n'ai pas parlé de mon erreur à un senior »
- « J'ai essayé de cacher ma responsabilité dans cette erreur »

« *Comportements transparents* » :

- « J'ai parlé de mon erreur au patient ou à sa famille »
- « J'ai parlé de mon erreur à un senior »
- « Je n'ai pas essayé de cacher ma responsabilité dans cette erreur »

Enfin, concernant la notion-clé de « **modèles comportementaux** » (*role modeling*) auxquels les étudiants peuvent être exposés, les auteurs distinguent là-encore les modèles comportementaux « négatifs » (le senior est hostile à la divulgation de l'erreur) et ceux dits « positifs » (le senior est favorable à la divulgation) :

« *Modèles comportementaux négatifs* » :

- Le senior réprimande ou humilie le soignant ayant commis une erreur.
- Il tente de cacher ou transférer sa propre responsabilité vis-à-vis d'une erreur.

« *Modèles comportementaux positifs* » :

- Le senior est favorable à la reconnaissance de la responsabilité d'une erreur.
- Il est favorable à la divulgation de l'erreur au patient.
- Il est favorable au fait de s'excuser auprès du patient.

Résultats

55 % (884 sur 1 622) des étudiants contactés ont répondu au questionnaire.

Les facteurs indépendants ayant une influence significative 1) sur le positionnement et 2) sur les comportements des étudiants vis-à-vis de la divulgation de leurs éventuelles erreurs futures sont :

1) **Concernant le positionnement des étudiants vis-à-vis de la divulgation de leur erreur :**

– La « formation des étudiants à la gestion des erreurs médicales » constituait le facteur indépendant ayant la plus grande influence positive sur leur positionnement vis-à-vis de la divulgation d'une erreur médicale délétaire, mais pas d'influence sur leur comportement.

– Les « modèles comportementaux positifs » des seniors avaient un effet positif significatif sur le positionnement des étudiants vis-à-vis de la divulgation d'une erreur médicale délétaire, mais pas non plus d'influence sur leur comportement.

2) **Concernant le comportement vis-à-vis de la divulgation de l'erreur**, qui représente l'apport principal de l'étude : les modèles comportementaux « négatifs » des seniors augmentaient significativement le risque pour les étudiants exposés d'adopter un comportement « non transparent », c'est-à-dire de ne pas divulguer leurs futures erreurs médicales (OR : 1,37, 95 % CI 1,15-1,64, P < 0,001).

Les auteurs concluaient dès lors que, comme l'exposition des étudiants à des modèles comportementaux négatifs de leurs seniors favorisait la non-divulgation des erreurs médicales, il fallait adopter une « tolérance zéro » vis-à-vis de ces « mauvais exemples », quitte à favoriser la délation anonyme et des sanctions sévères si nécessaire.

Discussion et conclusion

Cette étude, même très intéressante, n'est pas dénuée de limites que les auteurs n'ont pas manqué de rappeler :

- **Biais de sélection** : recrutement sur la base du volontariat fait par simple réponse au questionnaire à partir d'un listing général d'étudiants ; pas de possibilité de comparer les répondants avec les non-répondants qui pourraient au final avoir un profil différent (par exemple, les répondants se sentant davantage concernés par le thème de l'étude, possible-ment en relation avec une expérience particulière dans ce domaine). Donc une extrapolation à la population générale des étudiants américains serait risquée.
- **Biais de mémorisation** : l'étude rétrospective a demandé aux répondants de se souvenir de leur exposition à certains facteurs et de leur comportement au moment des faits. Les faits rapportés pourraient donc être différents de la réalité.
- **Biais de désirabilité sociale** : les répondants ont pu être tentés de sous-évaluer une exposition à des facteurs qu'on peut considérer comme socialement peu valorisants ou du moins délicats à reconnaître : avoir fait une erreur, n'avoir rien dit, avoir vu un senior tenter de cacher une erreur, etc., ce qui pourrait certainement aboutir à sous-évaluer l'exposition à ces facteurs, plutôt que de les avoir surestimés. À l'inverse, pour les mêmes raisons, les répondants ont pu surévaluer leur divulgation d'erreur aux patients, comportement socialement acceptable qui a atteint 70 % !
- **Aucune donnée n'a été collectée sur la nature ou la durée des formations à la gestion de l'erreur médicale suivie par les étudiants**, d'où l'impossibilité de déterminer si certaines stratégies éducatives pourraient être plus efficaces que d'autres.

Commentaires personnels

Des résultats révélant de fortes différences culturelles

Outre ces limites admises par les auteurs, la lecture attentive de l'étude permet de relever certaines autres informations invitant à la réflexion :

- En moyenne, 54 % des étudiants disent avoir « observé » pendant leurs stages une erreur médicale « délétère » commise par un autre soignant. Or, seulement 18 % reconnaissent avoir eux-mêmes « commis » une telle erreur. D'autres études françaises ont plutôt tendance à annoncer des chiffres beaucoup plus élevés, du moins concernant les étudiants français, atteignant parfois 90 % d'étudiants ayant commis au moins 1 erreur délétère durant leur cursus [1]. Les étudiants américains commettraient-ils 3 à 4 fois moins d'erreurs que leurs homologues français ? Admettons qu'il puisse aussi s'agir là d'un biais de désirabilité sociale majeur chez nos confrères américains, peut-être plus réticents que nous à l'idée de reconnaître avoir commis une erreur sans l'avoir pour autant divulguée (eux qui vouent un culte sans borne à la transparence à tout prix)...
- D'ailleurs, si l'on regarde de plus près, parmi ces 18 % d'étudiants américains admettant avoir commis une erreur, 84 % des externes, et 95 % des internes, soit une écrasante majorité des étudiants, auraient parlé de leur erreur à leur senior. Tandis que 70 % d'entre eux l'auraient aussi avouée aux patients. Toujours par rapport aux chiffres dont nous disposons pour la France, les étudiants français semblent très loin d'être

aussi nombreux à parler de leur erreur, et encore moins aux patients eux-mêmes.

D'autres résultats soulignent encore ces possibles différences entre nos 2 pays :

- Seulement environ 1/4 des étudiants estimaient qu'ils se feraient réprimander par leur senior en cas de divulgation de leur erreur (reproches, humiliations...). C'est curieusement très peu, d'autant qu'une autre étude des mêmes auteurs [2], mentionne un chiffre de 75 % d'internes disant craindre d'être maltraités s'ils reconnaissaient avoir commis une erreur. 1/4 vs 3/4, la différence est conséquente. Quels chiffres faut-il retenir ?
- Seulement environ 1/3 des étudiants estimaient que leur carrière serait affectée négativement en cas de divulgation de leur erreur. Résultat quelque peu inattendu dans un pays réputé pour la judiciarisation excessive de la médecine avec ses innombrables médecins entraînés en justice. Doit-on y voir la traduction d'une grande confiance des étudiants américains dans les vertus protectrices du mea culpa ? Sont-ils vraiment convaincus qu'avouer leur faute n'aura aucune conséquence négative sur eux ? À moins que les procès ne soient devenus si banals qu'ils ne soient plus considérés comme un événement susceptible d'impacter négativement leur vie professionnelle ?
- À l'inverse, 2/3 des étudiants se disaient capables d'annoncer leur erreur médicale à leurs patients. Plus précisément, parmi eux, ce sont 86 % des étudiants ayant suivi une formation spécifique (mais non précisée par l'étude) à la gestion de l'erreur médicale qui s'en disaient capables vs seulement 44 % chez ceux qui n'avaient pas suivi ce cours. L'apport d'une telle formation semble dès lors fondamental, et il paraît donc vraiment dommage, voire surprenant, que cette étude n'ait pas cherché à en savoir plus sur son contenu.
- Presque la totalité (97 %) des étudiants disaient être « d'accord » sur le fait que toutes les erreurs (graves ou pas) ayant une répercussion sur les patients devraient être dévoilées en intégralité aux patients et que le fait de s'excuser était important. Il est évident qu'une telle unanimité pour une affirmation de principe si catégorique (toutes les erreurs doivent être dévoilées en intégralité) semble inenvisageable en France en l'état actuel.
- Environ 69 % des hommes se disaient prêts à parler de leurs problèmes concernant une erreur médicale vs 62 % de femmes ; 70 % des hommes se disaient capables de parler de leur erreur aux patients vs 55 % de femmes. Les hommes seraient-ils ainsi davantage enclins que les femmes à parler de leur erreur ? Selon les auteurs, cette différence pourrait s'expliquer par le manque de confiance des femmes par rapport aux hommes dans le cadre professionnel.
- Il faut néanmoins noter que l'échantillon de population interrogé lors de cette étude était quasiment composé d'autant d'hommes que de femmes. Il se voulait ainsi le plus représentatif possible de la population générale des étudiants américains concernés. Néanmoins, en France, les étudiants sont très majoritairement des femmes. Cela pourrait-il expliquer, au moins partiellement, pourquoi les étudiants français (donc surtout des femmes) auraient plus de difficulté à parler de leur erreur ? Rien n'est moins sûr...

Un plaidoyer, voire une « croisade » plutôt qu'une analyse fine et objective d'un problème extrêmement complexe

Pour mettre en perspective ces résultats, les auteurs font référence à l'étude de Wu [2] remontant à environ 20 ans et qui avait montré à l'époque que seulement 25 % d'étudiants (vs. 70 % au moment de l'étude en 2011-2012) avaient choisi de révéler leur erreur médicale, aux patients d'une part, mais aussi à leurs seniors. Ils expliquent cette évolution par l'énorme travail de promotion de la divulgation des erreurs médicales qui aurait été réalisé dans les milieux de formation médicale américains depuis 20 ans. Et ils s'en félicitent.

Les auteurs sont clairement de fervents défenseurs de la divulgation : sous prétexte de promouvoir une « culture de sécurité », ils paraissent convaincus que le fait, pour un médecin, de divulguer systématiquement son erreur médicale va de soi. Ils mentionnent bien quelques études ayant montré l'intérêt de le faire, mais ne fournissent aucun argument clair sur les avantages qu'aurait le médecin à avouer son erreur. Ils n'accordent pas non plus de place à la discussion concernant l'opportunité d'une telle divulgation systématique. Pour eux, agir ainsi est une évidence, voire une obligation morale et professionnelle, un élément clé de la sécurité des patients. Les auteurs donnent l'impression de partir en croisade contre tous les médecins qui choisiraient de ne pas les divulguer, et vont même dans leur conclusion jusqu'à promouvoir la délation, les sanctions punitives et la « tolérance zéro » pour lutter contre ceux qui ne joueraient pas le jeu de la totale transparence.

Il s'agit là d'un parti-pris gênant, pouvant faire discuter de l'objectivité de l'étude.

Il paraît évident que la situation n'est pas la même en France. Au mieux commence-t-on à peine à parler de ce problème encore tabou pour la grande majorité du corps médical. Quelques timides recommandations sortent discrètement, sous couvert de promouvoir la sécurité des patients, mais de là à faire l'apologie d'une transparence complète et systématique envers le patient, pour toutes les erreurs (graves ou non), sans aucun discernement, voire même de promouvoir la délation et les sanctions... il y a un monde. Nous serions ainsi en France encore bien loin de leur situation actuelle, du moins telle qu'ils la décrivent... Rappelons toutefois que personne n'a dit qu'il fallait impérativement suivre ce modèle américain où la non-divulgation de l'erreur, sans aucune nuance, serait considérée comme une faute grave d'un point de vue aussi bien moral que professionnel. Il paraît évident qu'il existe de multiples obstacles, ne serait-ce qu'au simple fait de parler de son erreur médicale. Cette réalité, les auteurs de cette étude américaine semblent trop la négliger, au profit d'une transparence totale élevée au rang de vertu suprême. Il ne s'agit pourtant pas de ce que nous « devrions » faire, car oui, en théorie, il faudrait probablement parler de notre erreur, à nos seniors d'abord, et à nos patients ensuite mais seulement quand c'est justifié. Non, il s'agit plutôt de reconnaître l'état réel dans lequel nous, jeunes médecins, nous nous retrouvons au moment où nous devons faire face aux conséquences potentiellement gravissimes de nos actes. Tétanisés de peur, souvent même sidérés face à notre erreur, nous qui avons été formés pour ne jamais en faire, comment

imaginer qu'il soit si simple que cela de reconnaître s'être trompé, ou pire, avoir fait du mal alors que nous ne voulions que faire le bien, sans qu'il n'y ait aucune conséquence pour nous ? Douter de la réaction de ses seniors, avoir peur des conséquences sur soi-même de son erreur, c'est pourtant ce que les auteurs n'hésitent pas à désigner comme « comportements négatifs ». Comment et pourquoi qualifier de « négatifs » ce qui traduit en fait la réalité d'une situation ô combien complexe... N'y aurait-il pas là un certain degré de discours moralisateur quelque peu déplacé ?

Une étude centrée uniquement sur les intérêts des patients. Et les médecins dans tout ça ?

Quand les auteurs parlent de formation à l'erreur médicale, de modèles comportementaux « positifs » face aux erreurs, ils font eux surtout référence non pas à ce que nous appellerions la « gestion » des erreurs médicales, un champ qui recouvre un domaine très vaste de problèmes. En fait, ils traitent plutôt de l'incitation à la divulgation des erreurs, soit aux autorités gérant l'établissement de soins, mais surtout aux patients eux-mêmes. Certes, ils reconnaissent que c'est effectivement difficile pour un médecin, surtout jeune, de révéler une erreur (peur des sanctions notamment, des brimades, reproches...), mais ils tendent à minimiser ces obstacles pour réaffirmer que le but ultime à atteindre pour chacun d'entre nous reste la divulgation au patient. Ainsi, si on les écoutait, il faudrait révéler ses erreurs, quelles que soient les répercussions pour les médecins. Ils parlent des « risques » de procès, de perte de réputation, de brimades, comme d'obstacles psychologiques mineurs et minoritaires, mais pas de ce qui se passe effectivement quand on révèle une erreur, et qui peut pourtant avoir un fort impact sur le médecin (positif ou négatif certes, mais ils n'en disent rien) car nous savons tous que ces craintes sont effectivement justifiées dans un certain nombre de cas. Il y a effectivement des brimades, des reproches, des plaintes des patients et des procès, et en assez grand nombre comme le montrent très bien d'autres études y compris de ces mêmes auteurs [3]. Pour les auteurs, peu importe : il faut tout révéler aux patients, quelles qu'en soient les conséquences réelles pour le médecin.

Cette étude semble ainsi réduire la capacité d'un étudiant à bien « gérer » une erreur médicale à sa capacité à la divulguer aux patients, et rien d'autre. Cette vision très réductrice de la gestion de l'erreur médicale est décevante. Les auteurs donnent l'impression d'ignorer dans leur raisonnement le véritable dilemme vécu par le médecin, en plein cauchemar lorsqu'il commet une erreur, tiraillé entre d'innombrables considérations qui n'ont absolument rien d'aussi manichéen qu'ils voudraient le faire croire. Tout médecin qui a commis une erreur, grave qui plus est, ne connaît que trop bien ce conflit, ce dilemme qui nous ronge de l'intérieur comme personne. Est-ce qu'avoir du mal à avouer toutes nos erreurs à nos patients fait de nous des monstres pour autant ?

Les auteurs semblent ainsi se positionner exclusivement du côté des patients, ce qui est assez gênant alors même que de plus en plus de travaux ont justement décidé de se placer du côté des soignants pour aborder un problème encore peu connu et pourtant bien réel : le malaise des jeunes médecins face à l'erreur, et ses fortes répercussions à court, moyen ou

long terme sur leur vie personnelle ou professionnelle. Les auteurs de cette étude, eux, n'en parlent pas du tout et semblent s'en moquer. Le médecin, seconde victime de l'erreur médicale ? Connaissent pas ! Il faudrait révéler son erreur, jusqu'à dénoncer celles des autres pour le bien des patients, point. Ne faudrait-il donc être empathique qu'envers les patients, et condamner sans pitié tous ceux parmi nos confrères qui ont « fauté » ? Que celui qui n'a jamais péché jette la 1^{re} pierre...

Un manque cruel d'informations sur la formation des étudiants américains à la gestion de l'erreur médicale

Concernant la formation des étudiants à la gestion des erreurs médicales, l'étude n'a malheureusement pas cherché à l'évaluer en profondeur : il n'a ainsi été demandé aux étudiants que de dire s'ils « estimaient » que leur formation à la gestion de l'erreur médicale était satisfaisante ou non. Ainsi, environ 50 % des étudiants interrogés s'estimaient satisfaits de leur formation. Mais pour les auteurs, les meilleures méthodes de formation à la gestion des erreurs médicales restent en réalité inconnues et nécessitent d'autres recherches. On est dès lors en droit de s'interroger sur le contenu de ces cours dédiés à l'erreur médicale, car de leur propre aveu, encore très peu de formations sont proposées en école de médecine...

On ne sait donc rien de ces formations, tant sur la forme (lieux d'enseignement, formateurs, durée, caractère obligatoire ou non...) que le fond (thèmes abordés, objectifs, méthodologies, outils pédagogiques...). C'est vraiment dommage, d'autant plus que l'étude a pourtant montré que ces formations étaient le 1^{er} facteur influençant les étudiants à parler de leur erreur.

Que retenir de cette étude ?

Malgré d'évidentes différences « culturelles » dirons-nous, cette étude fournit néanmoins quelques enseignements intéressants. Quand on regarde les résultats principaux, il faut retenir que ce sont les modèles comportementaux « négatifs », autrement dit les seniors montrant le « mauvais exemple », qui auraient une influence significative sur le comportement des étudiants, en les incitant davantage à ne pas divulguer leur erreur.

À l'inverse, l'étude n'a pas mis en évidence d'influence significative sur le comportement des étudiants les poussant à divulguer leur erreur, ni des modèles comportementaux « positifs » des seniors, ni du fait d'avoir suivi une formation dédiée à la gestion de l'erreur.

Autrement dit, l'influence négative des seniors aurait plus d'impact sur les étudiants que leur influence positive (pourtant bien plus fréquente : 70 % vs. 50 %), ou même que le fait d'avoir suivi une formation, sur leur décision de dévoiler ou non une erreur aux patients.

Pour la thèse que nous sommes en train de réaliser, ce résultat est très intéressant : pour rappel, nous cherchons à identifier le meilleur moyen d'aider les jeunes médecins à gérer l'erreur médicale, ce qui pour nous n'implique pas seulement le fait de la divulguer systématiquement au patient. Pour cela, nous avons cherché à évaluer les apports de

certaines formations sur leur niveau de préparation, ce que cette étude n'a pas du tout intégré puisqu'elle s'est contentée de demander aux étudiants s'ils se sentaient suffisamment formés, et c'est tout. Si ça n'était pas le but principal de notre étude, nous avons quand même mesuré si ces formations leur avaient permis de se sentir davantage préparés à affronter une nouvelle erreur ou s'ils se sentaient ensuite plus enclins à en parler, à un autre soignant et éventuellement au patient lui-même.

Ainsi, cette étude, quels que soient ses limites et ses partis pris, met en évidence un phénomène probablement bien réel, à savoir l'influence majeure des seniors sur notre apprentissage de la gestion de l'erreur médicale, bien que dans l'étude américaine l'évaluation de cette influence se limite à dire si les étudiants vont divulguer ou non leur erreur. Les auteurs appellent cette formation par l'exemple la formation « occulte », « indirecte » ou encore « informelle », appelée « *hidden curriculum* » en anglais, et il ne fait aucun doute que cet apprentissage par l'exemple de nos pairs théoriquement plus expérimentés, nos « seniors », revêt une importance majeure dans ce domaine tabou, encore très peu abordé par le cursus officiel des étudiants en médecine.

Conclusion

Nos travaux de thèse, qui n'avaient pas pour objectif spécifique d'évaluer ces actions indirectes, le « *hidden curriculum* » ont quand même mis en évidence un certain nombre d'éléments, notamment grâce aux entretiens individuels, qui semblent plutôt corroborer l'importance de cette influence des seniors sur la capacité de gestion de l'erreur par les jeunes médecins. Évidemment, pour savoir dans quelles mesures ces résultats américains seraient transposables au modèle français, une étude spécifique serait nécessaire.

Autre élément intéressant de cette étude : les auteurs, dans leur conclusion, insistent sur l'importance de mieux former les seniors, du moins ceux qui encadrent les étudiants. Certes, ils insistent surtout sur leur formation à la divulgation des erreurs et pas, plus généralement, à la gestion de l'erreur. Mais ils précisent aussi l'intérêt d'une formation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle s'adressant à toute l'équipe soignante plutôt qu'à certains médecins seulement. Là aussi, ce point mérite sans doute d'être approfondi car il est probable qu'en France, en tout cas, les seniors manquent cruellement de formation dans ce domaine, encore plus que les étudiants actuels sans doute de mieux en mieux formés, alors même que les étudiants semblent demandeurs d'un meilleur soutien de la part de leurs aînés quand ils se retrouvent confrontés à une expérience aussi difficile que celle d'avoir commis une erreur médicale. Certes, le modèle fourni par les seniors a sans doute une influence sur leur propre comportement, mais c'est aussi de compréhension et de soutien bienveillants que les jeunes médecins ont besoin dans ces moments.

Et puis, pourquoi ne pas aider les seniors, non pas seulement à réparer les dommages d'une erreur une fois commise (les former uniquement à annoncer l'erreur au patient, c'est un peu ça dont il s'agit), mais plutôt à mieux préparer les

étudiants à gérer l'erreur médicale en amont, c'est-à-dire avant qu'elle ne se produise ? On sait pertinemment que l'erreur se produira, tôt ou tard, même si on préfère ne pas en parler. Alors pourquoi ne pas l'anticiper vu qu'elle est si souvent vécue de manière dramatique par les étudiants ?

Des seniors mieux formés à ce problème, davantage conscients de leur rôle et de leur influence sur les étudiants dont ils ont la charge, pour des problématiques encore « taboues », très rarement abordées de façon « positive » en stage et encore trop peu souvent à la fac, pourraient largement aider à diminuer la prévalence et l'impact psychologique des erreurs médicales sur les médecins de demain. Et donc améliorer la qualité des soins dans le long terme.

Autrement dit, pourquoi ne pas sensibiliser les seniors à l'importance d'aborder l'erreur médicale dans les modules de formation qu'ils dispensent à l'hôpital, trop souvent très techniques et hyper-spécialisés, mais pas toujours en lien avec les préoccupations et autres difficultés réelles que rencontrent les étudiants, surtout en début de formation ?

Ne faudrait-il pas mieux anticiper la survenue de ces problèmes plutôt que d'essayer de recoller les morceaux ? Ne vaudrait-il pas mieux prévenir que guérir ?

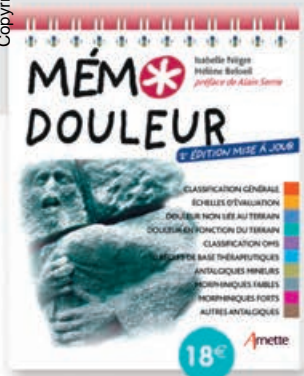
Nos travaux et ceux dont nous prenons la suite ont mis en évidence l'importance de ce phénomène et ses effets néfastes sur le futur médecin. Les erreurs médicales des étudiants arrivent presque toujours à l'hôpital, surtout lors des premiers stages et particulièrement aux urgences, et sous la responsabilité, du moins théorique, de seniors. Il semble donc naturel d'associer ces derniers à l'effort de formation que nous voulons promouvoir, qu'ils soient seniors hospitaliers ou maîtres de stage en ambulatoire.

Et pour conclure cette réflexion, afin de prendre conscience de l'énorme fossé qui semble nous séparer de nos confrères américains, du moins en apparence, demandons-nous honnêtement à quel proverbe nous croyons le plus, nous français : « **Faute avouée est à moitié pardonnée** », ou bien « **pas vu, pas pris** » ?

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

Références :

1. Venus E, Galam E, Aubert J-P, Nougairede M. Medical errors reported by French general practitioners in training: results of a survey and individual interviews. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(4):279-86.
2. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. How house officers cope with their mistakes. *West J Med.* 1993;159(5):565-9.
3. Martinez W, Lehmann LS. The "hidden curriculum" and residents' attitudes about medical error disclosure: comparison of surgical and nonsurgical residents. *J Am Coll Surg.* 2013;217:1145-50.



- Juillet 2015
- 11 x 14 cm / 104 pages
- Reliure à spirale
- ISBN : 978-2-7184-1380-8

 Collection Mémo

Arnette[®]

John Libbey
EUROTEXT



Dr Isabelle NÈGRE, Dr Hélène BELOEIL

Tous les ouvrages de la collection sont disponibles sur www.jle.com



MÉMO DOULEUR

2^e ÉDITION MISE À JOUR

Une aide précieuse pour une prise en charge optimale de la douleur

Ce guide incontournable d'évaluation et de prescription reprend :

- les aspects **sémiologiques des principaux syndromes douloureux** que ceux-ci soient liés ou pas au terrain (douleur et cancer, douleur induite par les soins, douleur en pédiatrie, etc...)
- les principales **échelles d'évaluation de la douleur**,
- les **méthodes thérapeutiques** : médicamenteuses, non médicamenteuses validées, psychothérapeutiques, chirurgicales.

Volontairement **concis et de format poche**, il délivre des informations synthétiques pour une **utilisation instantanée en pratique quotidienne**.

Il s'avérera vite indispensable pour vérifier une donnée ou chercher une recommandation.