



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

**Attentes des internes vis-à-vis de leurs Maîtres de Stages Universitaires après
la survenue d'un Évènement Indésirable Associé aux Soins.
Étude qualitative auprès de 12 étudiants en Diplôme d'études spécialisées de
Médecine générale à Lyon 1**

THÈSE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement **le 26 mars 2024**
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Elodie SIMON
Née le 15 novembre 1993
à Livry-Gargan

Sous la direction du **Docteur Marc Chanelière**

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE

Directeur de l'Observatoire de Lyon

Bruno GUIDERDONI

Directeur de l'Institut National Supérieur
du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)

Pierre CHAREYRON

Directrice du Département-composante Génie Électrique & des
Procédés (GEP)

Rosaria FERRIGNO

Directrice du Département-composante Informatique

Saida BOUAZAK
BRONDEL

Directeur du Département-composante Mécanique

Marc BUFFAT

Faculté de médecine Lyon-Est
Liste des enseignants 2023/2024

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Hors classe

VILLANI	AXEL	Dermatologie-vénérologie
---------	------	--------------------------

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 2

BLAY	JEAN-YVES	Cancérologie - Radiothérapie
CHASSARD	DOMINIQUE	Anesthésie-réanimation – Médecine d’urgence
CHEVALIER	PHILIPPE	Cardiologie
CLARIS	OLIVIER	Pédiatrie
COLIN	CYRILLE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	THIERRY	Psychiatrie d’adulte – Addictologie
DELAHAYE	FRANCOIS	Cardiologie
DENIS	PHILIPPE	Ophthalmologie
DOUEK	CHARLES PHILIPPE	Radiologie et imagerie médicale
DUMONTET	CHARLES	Hématologie - Transfusion
FINET	GERARD	Cardiologie
GAUCHERAND	PASCAL	Gynécologie-obstétrique – Gynécologie médicale
HONNORAT	JEROME	Neurologie
LINA	BRUNO	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
MERTENS	Patrick	Anatomie
MIOSSEC	PIERRE	Immunologie
MORELON	EMMANUELLE	Néphrologie
MORNEX	JEAN-FRANÇOIS	Pneumologie - Addictologie
MOULIN	PHILIPPE	Nutrition
OBADIA	JEAN-FRANÇOIS	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIVOIRE	MICHEL	Cancérologie - Radiothérapie
RODE	GILLES	Médecine physique et de réadaptation
SCHOTT PETHELAZ	ANNE-MARIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VANDENESCH	FRANCOIS	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
ZOULIM	FABIEN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 1

ADER	FLORENCE	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
ARGAUD	LAURENT	Réanimation – Médecine intensive
BADET	LIONEL	Urologie

BERTHEZENE	YVES	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	GAMZE YESIM	Hématologie - Transfusion
COTTIN	VINCENT	Pneumologie, addictologie
DI FILIPPO	SYLVIE	Cardiologie (disponibilité du 01/06/2022 au 31/05/2024)
DURIEU GUEDON	ISABELLE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie
EDERY	CHARLES PATRICK	Génétique
FAUVEL	JEAN-PIERRE	Thérapeutique – Médecine de la douleur - Addictologie
FROMENT	CAROLINE	Physiologie
GUENOT	MARC	Neurochirurgie
JULLIEN	DENIS	Dermatologie vénéréologie
KODJKIAN	LAURENT	Ophtalmologie
KROLAC-SALMONT	PIERRE	Médecine interne (disponibilité du 01/01/2023 au 31/12/2024)
MABRUT	JEAN-YVES	Chirurgie viscérale et digestive
MICHEL	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PICOT	STEPHANE	Parasitologie et mycologie
ROY	PASCAL	Biostatistique inf.méd.
SCHAEFFER	LAURENT	Biologie cellulaire
TRUY	ERIC	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	FRANCIS	Radiologie et imagerie médicale
VANHEMS	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	SANDRA	Neurologie

Professeurs des universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

AUBRUN	FREDERIC	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d’urgence
BACCHETA	JUSTINE	Pédiatrie
BESSEREAU	JEAN-LOUIS	Biologie cellulaire
BOUSSEL	LOIC	Radiologie et imagerie médicale
CALENDER	ALAIN	Génétique
CHAPURLAT	ROLAND	Rhumatologie
CHARBOTEL COING-BOYAT	BARBARA	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	MARC	Urologie
COTTON	FRANCOIS	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	JEAN-STEPHANE	Anesthésiologie - Réanimation – Médecine d’urgence
DEVOUASSOUX	MOJGAN	Anatomie et cytologie pathologiques
DI ROCCO	FEDERICO	Neurochirurgie
DUBERNARD	GIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
DUBOURG	LAURENCE	Physiologie
DUCLOS	ANTOINE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUMORTIER	JEROME	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
FANTON	LAURENT	Médecine légale
FELLAHI	JEAN-LUC	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d’urgence
FERRY	TRISTAN	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
FOURNERET	PIERRE	Pédopsychiatrie - Addictologie
GUIBAUD	LAURENT	Radiologie et imagerie médicale
HENAIN	ROLAND	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT	ARNAUD	Médecine interne
HUISSOUD	CYRIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
JACQUIN COURTOIS	SOPHIE	Médecine physique et de réadaptation

JARRAUD	SOPHIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
JAVOUHEY	ETIENNE	Pédiatrie
JUILLARD	LAURENT	Néphrologie
LEVRERO	MASSIMO	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MERLE	PHILIPPE	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MURE	PIERRE-YVES	Chirurgie infantile
NICOLINO	MARC	Pédiatrie
PERETTI	NOËL	Nutrition
PONCET	GILLES	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	EMMANUEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
RAVEROT	GERALD	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques - Gynécologie médicale
RAY-COQUARD	ISABELLE	Cancérologie - Radiothérapie
RHEIMS	SYLVAIN	Neurologie
RICHARD	JEAN-CHRISTOPHE	Réanimation - Médecine d'urgence
RIMMELE	THOMAS	Anesthésiologie-réanimation-Médecine d'urgence
ROBERT	MAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROMAN	SABINE	Physiologie
ROSSETTI	YVES	Physiologie
ROUVIERE	OLIVIER	Radiologie et imagerie médicale
SAOUD	MOHAMED	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
THAUNAT	OLIVIER	Néphrologie
WATTEL	ERIC	Hématologie - Transfusion

Professeurs des universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde classe

BOUVET	LIONEL	Anesthésiologie-réanimation - Médecine péri opératoire
BUTIN	MARINE	Pédiatrie
CHARRIERE	SYBIL	Nutrition
CHEDOTAL	ALAIN	Biologie cellulaire
CHENE	GAUTIER	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	SOPHIE	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	CYRILLE	Rhumatologie
COUR	MARTIN	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	SEBASTIEN	Urologie
DELLA SCHIAVA	NELLIE	Chirurgie vasculaire
DUCRAY	FRANCOIS	Neurologie
DUPRE	AURELIEN	Cancérologie
DURUISSEAUX	MICHAEL	Pneumologie - Addictologie
EKER	OMER	Radiologie et imagerie médicale
GILLET	YVES	Pédiatrie
GLEIZAL	ARNAUD	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	FITSUM	Néphrologie
HAESEBAERT	JULIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HAESEBAERT	FREDERIC	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
HARBAOUI	BRAHIM	Cardiologie
JACQUESSON	TIMOTHEE	Anatomie
JANIER	MARC	Biophysique et médecine nucléaire
JOUBERT	BASTIEN	Neurologie

LEMOINE	SANDRINE	Physiologie
LESCA	GAETAN	Génétique
LOPEZ	JONATHAN	Biochimie et biologie moléculaire
LUKASZEWICZ-NOGRETTE	ANNE-CLAIRE	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
MEWTON	NATHAN	Cardiologie
MEYRONET	DAVID	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	ANTOINE	Chirurgie vasculaire - Médecine vasculaire
MOHKAM	KAYVAN	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	OLIVIER	Chirurgie viscérale et digestive
NATAF	SERGE	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
PIOCHE	MATHIEU	Gastroentérologie
SAINTIGNY	PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
THIBAUT	HELENE	Cardiologie
VENET	FABIENNE	Immunologie
VOLPE-HAEGELEN	CLAIRE	Neurochirurgie

Professeur des universités
1^{ère} classe

CARVALLO PLUS	SARAH	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
---------------	-------	---

Professeur des universités – Médecine Générale
Classe exceptionnelle 1

LETRILLIART	LAURENT
-------------	---------

Professeurs associés de Médecine Générale

DE LA POIX DE FREMINVILLE	HUMBERT
FARGE	THIERRY
LAINÉ	XAVIER
PIGACHE	CHRISTOPHE

Professeurs associés d'autres disciplines

CHVETZOFF	GISELE	Médecine palliative
GAZARIAN	ARAM	Chirurgie orthopédique
JUNG	JULIEN	Neurologie
LOMBARD-BOHAS	CATHERINE	Cancérologie

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe

CHALABREYSSE	LARA	Anatomie et cytologie pathologiques
COZON	GREGOIRE	Immunologie
HERVIEU	VALERIE	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP SARDA	MARIE-NATHALIE	Immunologie
MENOTTI	JEAN	Parasitologie et mycologie
PLOTTON	INGRID	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RABILLOUD-FERRAND	MURIEL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

STREICHENBERGER	NATHALIE	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	VERONIQUE	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN	ANNE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe – Echelon Exceptionnel

BENCHAIB	MEHDI	Biologie et médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
BRINGUIER	PIERRE	Histologie, embryologie cytogénétique
PERSAT	FLORENCE	Parasitologie et mycologie
PIATON	ERIC	Histologie, embryologie cytogénétique
SAPPEY-MARINIER	DOMINIQUE	Biophysique et médecine nucléaire

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Première classe

BONTEMPS	LAURENCE	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	JEAN-SEBASTIEN	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
COUTANT	FREDERIC	Immunologie
CURIE	AUORE	Pédiatrie
ESCURET PONCIN	VANESSA	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
JOSSET	LAURENCE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
LACOIN REYNAUD	QUITTERIE	Médecine interne – Gériatrie - Addictologie
ROUCHER BOULEZ	FLORENCE	Biochimie et biologie moléculaire
VASILJEVIC	ALEXANDRE	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK GUILLEM	VIRGINIE	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Seconde classe

BALANCA (stagiaire)	BAPTISTE	Anesthésie, réanimation médecine peri
BARBA (stagiaire)	THOMAS	Médecine interne, gériatrie, addictologie
BAUDIN	FLORENT	Pédiatrie
BENECH	NICOLAS	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
BITKER (stagiaire)	LAURENT	Médecine intensive de réanimation
BOCCALINI (stagiaire)	SARA	Radiologie, imagerie médicale
BOUCHIAT SARABI	CORALIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
BOUTY-LECAT	AUORE	Chirurgie infantile
CORTET	MARION	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COUTIER-MARIE	LAURIANNE	Pédiatrie
DOREY	JEAN-MICHEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
DUPIEUX CHABERT (stagiaire)	CELINE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
DUPONT	DAMIEN	Parasitologie et mycologie
GRINBERG (stagiaire)	DANIEL	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
KOENIG	ALICE	Immunologie
LILLOT	MARC	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
MAINBOURG JARDEL (stagiaire)	Sabine	Thérapeutique médecine douleur, addictologie
NGUYEN CHU	HUU KIM	Pharmacologie fondamentale, pharmacie clinique, addiction
PASQUER	ARNAUD	Chirurgie viscérale et digestive

SIMONET	THOMAS	Biologie cellulaire
VIPREY (stagiaire)	MARIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Maitres de conférences
Hors classe

GOFFETTE	JEROME	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
VIGNERON	ARNAUD	Biochimie, biologie

Maitres de conférences
Classe normale

BAYLAC-PAOULY	BAPTISTE	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
DALIBERT	LUCIE	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
FAUVERNIER	MATHIEU	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LASSERRE	EVELYNE	Ethnologie, préhistoire et anthropologie biologique
LECHOPIER	NICOLAS	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
MATEO	SEBASTIEN	Sciences de rééducation et de réadaptation
NAZARE	JULIE-ANNE	Physiologie
PANTHU	BAPTISTE	Biologie cellulaire
VIALLO	VIVIAN	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
VINDRIEUX	DAVID	Physiologie

Maitre de conférences de Médecine Générale
1^{ère} classe

CHANELIERE	MARC
------------	------

Maitre de conférences de Médecine Générale
2^{ème} classe

LAMORT-BOUCHE	MARION
---------------	--------

Maitres de conférences associés de Médecine Générale

BREST	ALEXANDRE
PERROTIN	SOFIA
ZORZI	FREDERIC

Maitre de conférences associé Autres disciplines

TOURNEBISE	HUBERT	Médecine physique et de réadaptation
------------	--------	--------------------------------------

Professeur Honoraire

DROZ	JEAN-PIERRE	Cancérologie
------	-------------	--------------

Professeurs émérites

BEZIAT	JEAN-LUC	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
BORSON-CHAZOT	FRANCOISE	Endocrinologie diabétologie maladies du métabolisme
COCHAT	PIERRE	Pédiatrie
DALIGAND	LILIANE	Médecine légale et Droit de la santé

ETIENNE	JEROME	Bactériologie-Virologie - Hygiène hospitalière
FLORET	DANIEL	Pédiatrie
GHARIB	CLAUDE	Physiologie
GUERIN	CLAUDE	Médecine intensive de réanimation
GUERIN	JEAN-FRANCOIS	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction - Gynécologie médicale
GUEYFFIER	FRANCOIS	Pharmacie fondamentale, clinique
LEHOT	JEAN-JACQUES	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
MAUGUIERE	FRANCOIS	Neurologie
MELLIER	GEORGES	Gynécologie - Obstétrique
MICHALLET	MAURICETTE	Hématologie - Transfusion
MOREAU	ALAIN	Médecine générale
NEGRIER	CLAUDE	Hématologie - Transfusion
NEGRIER	MARIE-SYLVIE	Cancérologie - Radiothérapie
NIGHOGHOSSIAN	NORBERT	Neurologie
PONCHON	THIERRY	Gastroentérologie, hépatologie
PUGEAT	MICHEL	Endocrinologie et maladies métaboliques
REVEL	DIDIER	Radiologie imagerie médicale
SINDOU	MARC	Neurochirurgie
TOURAINÉ	JEAN-LOUIS	Néphrologie
TREPO	CHRISTIAN	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
TROUILLAS	JACQUELINE	Cytologie et Histologie

Composition du jury

Président de jury :
Monsieur le Professeur Philippe Michel

Membres :
Madame le Professeur Martine Wallon
Monsieur le Professeur Thierry Farge
Monsieur le Professeur Yves Zerbib
Monsieur le Docteur Marc Chanelière (Directeur de thèse)

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la
Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Aux membres du jury :

Au Professeur Philippe Michel, président de jury, merci de me faire l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse. Je vous remercie également pour le temps consacré à l'étude de mon travail ainsi que de vos précieux conseils qui m'ont permis de l'améliorer.

Au Professeur Martine Wallon, merci de me faire l'honneur de faire partie de mon jury de thèse et de l'intérêt porté à ce sujet qui me tient à cœur ainsi que du temps consacré.

Au Professeur Thierry Farge, merci de me faire l'honneur de faire partie de mon jury de thèse. Je vous remercie également de m'avoir laissé assister à l'atelier sécurité du patient qui m'a beaucoup apportée non seulement pour ce travail de thèse mais également professionnellement.

Au Professeur Yves Zerbib, je te remercie de me faire l'honneur de faire partie de mon jury de thèse. Ta présence parmi les membres du jury a un sens tout particulier pour moi. Je te remercie également pour tout ce que tu m'as apportée en tant que MSU, sur le plan professionnel et personnel.

Au Docteur Marc Chanelière, merci Marc pour ta bienveillance, ton écoute et ta gentillesse. Tu as été le directeur de thèse qui me correspondait parfaitement. J'ai beaucoup appris à tes côtés pendant ces deux ans et demi. J'ai aussi gagné confiance en moi grâce à nos échanges sincères qui m'accompagneront toute ma carrière. Merci pour tout.

Aux participants de cette étude : Merci pour votre participation et votre confiance.

A mes maîtres de stage :

Aux Docteurs Amandine Hausseguy et Alicia Pillot, votre rencontre en sixième année a été déterminante pour mon choix à l'ECN, vous m'avez transmis l'amour de la médecine générale.

Au Docteur Anne-Sophie Goutorbe, ma tutrice, merci pour ta bienveillance, ces GEP enrichissantes, ton soutien lors des moments difficiles. J'espère garder contact avec la belle personne que tu es.

Merci à tous les MSU qui m'ont accompagnée avec bienveillance et en particulier aux **Docteurs Pauget, Maréchal, Lefebvre, Rodellas, Pavio-Bach, Dumont, Carreira, Denis, Sanjuillian, Verrier, Picard, Goibault, Brunet, Benet Faillon, Gobillot, Courage, Da Costa, Berthier, Schlienger, Ragonnet, Pellet.**

Aux Docteurs Marie Rodier, Audrey Brangers, Simon Arrouch ainsi qu'**au Professeur Yves Zerbib**, merci pour cette reprise en douceur qui m'ont permis de croire en moi. Votre savoir-être m'inspire.

Merci aux **Docteurs Gaele Zacharie, Émilie Colleony et Pierre Romain**, vous m'avez préparé avec douceur et bienveillance à terminer cet internat en m'aidant à gagner confiance en moi. Vous êtes tous les trois des médecins généralistes formidables.

Enfin, merci tout particulièrement à **Gaele**, merci pour nos nombreux échanges, au cours du SASPAS mais également encore maintenant, merci de ton soutien lors de mon premier remplacement. Je suis vraiment très heureuse de te voir chaque mois au cercle et suis touchée de cette amitié naissante.

A mes collègues :

A **Claudine**, mes débuts à tes côtés se passent de la meilleure manière qui soit grâce à toi. Ta bienveillance, ta gentillesse, ta douceur et ta patience sont vraiment les piliers du début de ma carrière libérale. Merci pour ta confiance, merci pour tes échanges, toujours sincères, jusqu'à parfois tard le soir. J'ai non seulement rencontré une collaboratrice et future associée comme on en trouve peu mais également une amie. Merci pour tout.

A **Guylaine**, merci pour tous ces fous-rire le midi et de prendre soin de moi dans cette course effrénée qu'a été cette dernière année. Merci d'être la belle personne que tu es, merci pour cette amitié.

A **Aurélie**, merci de m'avoir permis de rencontrer Claudine. Merci pour nos échanges, nos repas, tes conseils pour la thèse. Merci pour cette amitié.

A **Caroline**, merci pour ta bonne humeur, ton sourire et ton soutien. Merci pour cette amitié.

A **Anaïs**, pour le plaisir de travailler avec toi.

A l'équipe de la crèche, La Galipette ainsi qu'aux copines du bureau : Merci à l'équipe éducative **Christel, Priscilla, Karine, Magali, Émilie, Agathe, Aurélie, Anne-Claire**, pour m'avoir permise d'être si flexible sur mon mode de garde... Merci **aux membres du bureau Maud, Typhanie, Fanny, Tiphaine, Joelle** pour les réunions bureau qui m'ont permis de faire des pauses mêlées de rire. Merci à **Margaux** pour ton aide précieuse dans la dernière ligne droite.

A mes amis :

A **Laura**, ma Laulau d'amour, malgré les 9052km qui nous séparent depuis le 25 juillet dernier, l'amitié qui nous lie reste forte, belle et intacte et j'espère que nos chemins ne se sépareront jamais. On se comprend sans se parler et pour autant je sais que je peux tout te dire. **Mon Vivi**, non seulement tu es vraiment un mec formidable qui me fait incroyablement rire, merci de rendre Laulau heureuse.

A **Céline**, ma Coloc d'amour, ton départ pour l'internat a rendu nos liens encore plus forts. Ta présence m'est indispensable, tout comme ton soutien et ton écoute précieuse. Je suis honorée d'être le témoin de votre union avec Jules. Merci **Grand Jules** d'être la très belle personne que tu es et de prendre soin de ma Cocotte d'amour en la rendant heureuse !

A **Camille K.**, on s'est connus à une période très difficile et j'ai toujours pu compter sur toi. Merci pour toutes les soirées, moments de folies passés à tes côtés. Merci d'avoir été là quand je manquais d'air.

A **Clara**, ces pauses autour d'un bol de thé et de séries... Ces soirées inoubliables en post partiel (te souviens-tu de celle avec Brad Pitt ?), merci d'être la formidable amie que tu es. A **Manon J.**, merci de nous avoir rejoint en sixième année pour former ce magnifique trio. Ton amitié m'est très précieuse. **Cathy**, Manon a de la chance d'avoir une maman comme toi, merci pour ton affection que je partage.

A **Camille N.**, merci de nous avoir retrouvés. Ta présence m'a manqué et je ne veux plus que l'on s'éloigne. Ton courage et ta force m'inspire. Merci d'être la formidable amie que tu es.

A la **Team Gygy : Marion, Jeanne, Lorène, Chris, Mathys, Victor**, ce stage au Médipôle restera gravé dans ma mémoire. J'ai rencontré une super bande d'amis que j'espère garder pour toujours ! **Marion**, je te connais depuis maintenant 12 ans, on a traversé deux P1 ensemble... on s'est éloignées pour mieux se retrouver. Ne nous quittons plus.

A Juliette, on se connaît depuis à peine six mois et je suis très touchée par ce lien spécial qui s'est créé entre toi et moi. Tu es devenue rapidement une amie très proche et je retrouve en toi un lien fraternel qui ne s'explique pas. Les rencontres comme ça n'arrivent pas souvent et sont précieuses. Merci pour tout ce que tu m'apportes.

A Cassandra, de voisine de bureau chez Gaëlle quand je la remplaçais, tu es devenue une véritable amie. Je te remercie pour tes nombreux conseils, ton soutien, ta présence douce et bienveillante.

Aux Lugdunumiens, Laura, Yannick, Sarah, Vincent, Quentin, Alix, Alexis, Séverine, Benoît, grâce à Adrien, j'ai rencontré des amis comme on en trouve peu. Merci pour tous ces bons moments, merci pour votre soutien dans mes galères depuis maintenant 7 ans. Merci **Laura** pour tous les dossiers récoltés sur moi, merci **Sarah** pour nos délires. **Quentin** et **Alix**, vous nous manquez.

A Malika et Agathe, merci pour votre soutien. Merci pour nos échanges qui sont toujours un réel plaisir. J'espère pouvoir continuer de travailler à vos côtés.

Merci à **Nasser**, pour ton amitié, merci pour tout ce que tu as fait pour Papa.

Merci à **Marianne**, pour ton affection que je partage et les bons moments passés ensemble. Je te l'ai déjà dit mais Laura a de la chance d'avoir une maman comme toi.

A ma famille :

A ma mère, maman ... ton absence en ce jour si particulier est si difficile mais je sais que de là où tu es, tu es fière de ta fille d'amour. Merci pour ton amour inconditionnel qui me suivra toute ma vie. Merci pour tous ces souvenirs qui me transporte à tes côtés lorsque je ferme les yeux. Tu me manques terriblement. Je t'aime.

A ma petite sœur d'amour, Ophélie, on en a vécu des moments forts ensemble. Je suis tellement fière de la femme que tu es devenue, de la mère que tu es devenue. Tu es la meilleure sœur que l'on puisse imaginer. Merci pour ton soutien inébranlable car tu as toujours été là. Je t'aime.

A Vincent, tu as redonné le sourire à ma sœur. Merci pour les bons moments partagés et tous ceux à venir.

A Gabin, mon petit neveu d'amour, tu as la Tata la plus fière du monde, tu me combles de bonheur. Je t'aime fort.

A mon père, tu m'as transmis les valeurs de l'amour du travail, du sérieux, de la persévérance... Tu es le Roc sur lequel je sais que je peux compter. Tu es un père et un grand-père formidable. Ne me fais plus de frayeur comme tu m'en as fait à Noël dernier. On ne se le dit pas assez, mais je t'aime.

A Angèle, tu fais partie de ma vie depuis mars 2016, je ne te remercierai jamais assez du bonheur que tu donnes à mon papa. Au fil des années, nous nous sommes rapprochés et je sais que je peux compter sur toi comme une fille le ferait avec sa mère. Merci ma (belle-)mère. Tu es aussi une jeune grand-mère formidable. Merci pour tout ton soutien.

A mes quasi-frères et sœurs, Enzo, Stella et Calie, je vous ai vu grandir et devenir les magnifiques personnes que vous êtes. Je suis fière d'être l'aînée, votre grande sœur. Merci pour votre soutien, les fous-rires en famille et d'être les merveilleux Tonton et Tata que vous êtes pour Jules.

A Tata Béa, tu sais l'amour que je te porte. Merci d'être là pour moi. N'oublie jamais que l'on t'aime. **Tonton Mehmed**, ne change pas, t'es un super tonton ! **A Tonton Fred, Tata Laetitia, Célia, et Maxence**, notre lien est précieux. Merci pour ces beaux souvenirs, de mon enfance à aujourd'hui. **A**

Mélanie ma cousine, tu fais partie des personnes que je peux revoir 4 ans plus tard comme si on s'était vues hier, j'ai hâte de te retrouver de nouveau.

A Tatie Lili et Tonton Mimi, votre soutien et votre affection me sont précieux. Je mesure la chance que j'ai de vous avoir dans ma vie. Merci pour tout. **A Giulian et Maelys**, mes petits cousins chéris. **A Tatie Sev, Tonton Jordan, Mamie Fifine**, merci pour votre soutien et votre affection.

A Édith, quelle chance j'ai de t'avoir à mes côtés, tu es bien plus qu'une (belle-)mère et tu le sais. Tu es un véritable exemple pour moi, j'ai trouvé en toi une présence maternelle qui m'est très chère. Merci pour tout. Tu es aussi une grand-mère formidable, Jules a de la chance d'être aussi bien entouré.

A Michel B., merci pour ton affection que je partage, merci de rendre ma belle-maman heureuse, merci aussi pour Juju qui t'adore vraiment.

A Michel D., merci pour ton soutien et ton affection que je partage. Merci pour ta bienveillance et ces moments partagés. Merci au super Papy Stan que tu es.

A Valentin, mon bro', tu n'es pas qu'un beau-frère mais un vrai frère pour moi. Tu es un des meilleurs hommes que je connaisse sur cette terre, ne change jamais.

A mes tontons et tata côté Jeannet Laurence, Guy, Hervé, Christiane, Pascal, Martine, Martial, Nathalie, merci de m'avoir si bien accueillie chez les Jeannet, j'ai rencontré une seconde famille et tous ces moments partagés me sont précieux.

A mes cousins côté Jeannet, vous êtes trop nombreux pour être tous cités. **A Manon**, merci pour nos échanges presque quotidiens, merci de m'avoir permis d'être la marraine de ma petite Alice et pour la confiance que tu me portes. **A Mathieu**, merci pour tous ces bons moments passés ensemble et ceux à venir. **A Aurélien, Pauline, Thomas et Katy**, merci aux formidables personnes que vous êtes.

A ma filleule Alice, je suis vraiment très fière d'être ta marraine, tu es une petite fille adorable, curieuse, intelligente et courageuse. Je t'aime. **A Charly** que j'aime aussi, un tourbillon de joie et de rire.

A Nuxe, pour la ronronthérapie.

A Jules, mon petit garçon, ta naissance a été le plus beau jour de ma vie. Tu as fait de moi une meilleure personne, tu m'as notamment appris le lâcher-prise, à apprécier chaque instant du quotidien. Grâce à toi, l'internat est devenu plus doux parce que ton sourire et ta malice parvenait à me faire tout oublier lorsque je rentrais et me faisait tenir debout lors des moments difficiles. Je suis la maman la plus chanceuse et la plus heureuse du monde entier. Je t'aime mon bébé d'amour.

A Adrien,

Mon chéri, je ne saurai trouver les mots justes pour te décrire mon amour et t'exprimer ma reconnaissance éternelle. Tu es l'homme le plus doux, bienveillant, gentil, droit et juste que je connaisse. Je suis tellement fière de ce que l'on a accompli ensemble. Tu es un père merveilleux, Jules a tellement de chance de t'avoir comme papa. Te rencontrer a été un cadeau du ciel, tu m'as redonné goût à la vie à un moment où je ne pensais plus qu'elle puisse avoir une quelconque saveur. Tu m'as toujours soutenue. Dans tous les moments difficiles et de doute, tu étais là. Sans toi, ce travail de thèse n'aurait pas été le même. Merci pour tout. Je t'aime.

Liste des abréviations

ALARM : Association of Litigation And Risk Management
ALARM-E : Association of Litigation And Risk Management - Extended
BMJ : British Medical Journal
CADYA : Catégorisation des Dysfonctionnements en Ambulatoire
CLGE : Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
CREX : Comité de Retour d'Expérience
CUMG : Collège Universitaire de Médecine Générale
DES : Diplôme d'Études Spécialisées
EIAS : Évènement Indésirable Associé aux Soins
FST : Formation Spécialisée Transversale
GEP : Groupe d'Échange de Pratique
HAS : Haute Autorité de Santé
LIPSEIM : Ligue Pour la Santé des Étudiants et Internes en Médecine
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MSU : Maître de Stage Universitaire
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PFEA : Pole Femme Enfant en Ambulatoire
RMM : Revue de Morbi-Mortalité
RMMPPA : Revue de Morbi-Mortalité Pluri-Professionnelle Ambulatoire
RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
UFR : Unité de Formation et de Recherche

Table des matières

I.	INTRODUCTION	19
II.	MATERIEL ET METHODE.....	20
1)	TYPE D'ETUDE	20
2)	POPULATION ETUDIEE	20
3)	RECUEIL DES DONNEES	21
4)	ANALYSE DES DONNEES	22
5)	ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	22
III.	RESULTATS	23
1)	CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	23
2)	DEFINITION DU CONCEPT DE L'EIAS.....	24
a.	<i>Des éléments de conception partagés</i>	<i>24</i>
b.	<i>Des difficultés d'élaboration de cette notion : des éléments de conception différents.....</i>	<i>25</i>
c.	<i>Discussion autour de la discussion de la HAS.....</i>	<i>26</i>
3)	L'EIAS RAPPORTE PAR LES PARTICIPANTS	27
a.	<i>Description de l'EIAS</i>	<i>27</i>
b.	<i>Facteurs identifiés de l'EIAS.....</i>	<i>29</i>
c.	<i>La supervision décrite de l'EIAS par le MSU</i>	<i>32</i>
d.	<i>Vécu du participant.....</i>	<i>34</i>
4)	LA GESTION DE L'EIAS PAR L'ETUDIANT	36
a.	<i>Stratégie personnelle de gestion de l'EIAS mise en œuvre par l'étudiant.....</i>	<i>36</i>
b.	<i>Les outils utilisés pour la gestion de l'EIAS.....</i>	<i>38</i>
c.	<i>Apport des Groupes d'Échange de Pratique et du tuteur</i>	<i>40</i>
d.	<i>Apport de la formation facultaire</i>	<i>42</i>
5)	ATTENTES DE L'ETUDIANT VIS-A-VIS DE SON MSU	45
a.	<i>En termes de modalités de supervision.....</i>	<i>45</i>
b.	<i>En termes d'accompagnement psychologique lors d'un EIAS.....</i>	<i>47</i>
c.	<i>En termes d'accompagnement pédagogique spécifique lors d'un EIAS.....</i>	<i>48</i>
d.	<i>Enjeux de la supervision du MSU pour l'interne.....</i>	<i>50</i>
IV.	DISCUSSION.....	52
1)	SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS	52
2)	DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	53
3)	FORCES ET LIMITES DE CETTE ETUDE	65
a.	<i>Originalité de l'étude</i>	<i>65</i>
b.	<i>Limites de l'étude.....</i>	<i>66</i>

4) PERSPECTIVES.....	67
V. CONCLUSIONS	69
.....	70
VI. BIBLIOGRAPHIE	71
VII. ANNEXES	74
Tableau 1 : Tableau descriptif des participants.....	23
Tableau 2 : Description des différents EIAS rapportés pour chaque participant.....	27
Tableau 3 : Narration d'EIAS de différentes natures	28
Tableau 4 : Les conséquences des EIAS partagés par les participants	29
Tableau 5 : Identification des différents facteurs de dysfonctionnement selon CADYA.....	31
Tableau 6 : Description des différents types de supervision réalisées.....	33
Tableau 7 : Description du vécu des EIAS.....	36
Figure 1 : Illustration de la méthode ALARM extrait du Guide de l'HAS « L'analyse des Évènements indésirables Associés aux Soins »	57
Figure 2 : Les barrières de prévention et de protection des EIAS selon la méthode ALARM-E.....	58

I. Introduction

Les Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) sont définis en médecine de ville par la Haute Autorité de Santé depuis 2014 (1) comme « *tout événement ou circonstance associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se produise pas de nouveau* ». Ces EIAS sont fréquents ; ainsi en 2013, l'Étude ESPRIT (2) a montré que dans les cabinets de médecine générale, il y a 26 EIAS pour 1 000 actes, soit environ 1 EIAS tous les 2 jours par médecin généraliste. Les étudiants en médecine y sont rapidement confrontés dans leur cursus.

Si beaucoup d'importance est accordée aux circonstances de survenue des EIAS, il existe derrière chaque EIAS un soignant, souvent peu accompagné, dans une société empreinte du culte du médecin tout puissant et infailible. Au-delà du patient, première victime des EIAS, des conséquences impactent les professionnels de santé notamment sur le plan de leur santé psychique. Cela peut mener à des modifications de leurs pratiques professionnelles, qui elles-mêmes peuvent influencer la manière de former les étudiants. Dans ce contexte, le Professeur Albert Wu a développé dès 2000 le concept de seconde victime (3).

Plusieurs travaux de recherches ont été réalisés concernant la perception du risque et des erreurs médicales par les étudiants. En 2011, le travail d'Émily Venus (4) mettait en évidence un souhait d'accompagnement des étudiants par leurs seniors. La thèse d'Aude Lagarde (5) en 2017 s'intéresse aux ressources pédagogiques des maîtres de stage universitaire (MSU) face à un événement indésirable de l'interne en stage ambulatoire. Elle conclue que la discussion d'un événement indésirable avec un interne qui en est victime reste compliquée bien que réalisée systématiquement. Un article de la revue *exercer* en 2008 (6) décrivait le bénéfice de la réalisation de groupe d'échange de pratique chez les internes autour du thème des erreurs médicales.

Comment la situation a-t-elle évolué ? La mise en place d'enseignements dédiés à la sécurité du patient a-t-elle favorisé l'émergence d'une supervision effective des étudiants ? Quelle place peuvent occuper les Groupes d'Échange de Pratique dans cet accompagnement ? Quelle forme de soutien est mis en œuvre par les maître de stage universitaire auprès des internes ? S'agit-il uniquement d'une forme d'accompagnement psychologique ou ces derniers déploient-ils également d'autres types de ressources pédagogiques ? Au-delà d'un soutien qui paraît évident, il est nécessaire d'identifier les attentes spécifiques des étudiants à la suite d'un EIAS. En effet, sans cela, il peut être difficile pour les MSU et l'université en général de proposer un accompagnement adapté et spécifiques aux situations d'EIAS.

L'objectif de ce travail est de décrire l'accompagnement dont disposent ou aimeraient disposer les étudiants en DES de médecine générale par leur MSU, après la survenue d'un EIAS.

II. Matériel et méthode

1) Type d'étude

Ce travail de recherche consiste en une étude qualitative menée au moyen d'entretiens semi-dirigés. L'analyse des données a suivi une logique thématique, avec regroupement des occurrences en thèmes et sous thèmes.

2) Population étudiée

Cette étude était à destination des étudiants en cours d'obtention du DES de médecine générale à Lyon ou alors l'ayant obtenu depuis moins d'un an.

Les critères d'inclusion étaient d'être en cours de réalisation du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) en Médecine Générale de Lyon ou de l'avoir obtenu depuis moins d'un an, d'avoir réalisé au moins un stage chez le praticien ambulatoire et d'avoir été victime ou témoin d'un Évènement Indésirable Associé aux Soins lors d'un stage ambulatoire.

Les sujets n'étaient pas inclus s'ils n'avaient pas réalisé leur stage ambulatoire en totalité.

Les critères d'exclusion consistaient en la volonté du participant de se retirer de la recherche et si l'entretien devenait impossible à mener à son terme du fait d'une trop grande souffrance psychologique.

L'échantillon des participants a été recruté par convenance (bouche à oreille, réseaux de proximité et de connaissance des investigateurs etc.). Cela a permis d'obtenir un échantillon assez large et de garantir la variabilité des données. Il a été utilisé une méthode d'échantillonnage raisonné en variation maximale ce qui signifie qu'il a été souhaité que le recrutement des participants soit varié en termes de sexe, de niveau d'avancement dans les DES, de stage concerné par l'EIAS.

Le recrutement des participants a eu lieu jusqu'à redondance des données analysées au fur et à mesure de la réalisation de l'étude.

3) Recueil des données

Les données ont été recueillies au cours d'entretiens semi-dirigés. Cela a été préféré à des focus group afin de permettre à chaque participant de s'exprimer librement. Ces derniers ont eu lieu en présentiel ou en visio-conférence grâce au logiciel Microsoft Teams® ou Google Meet® selon la préférence des participants.

Les entretiens ont été menés à l'aide d'un canevas d'entretien. Celui-ci a pu être réalisé à l'aide de recherches bibliographiques dont la première partie s'est déroulée de septembre 2021 à octobre 2022. Une veille documentaire a été réalisée tout au long de l'étude.

Le canevas s'est construit autour de trois grands thèmes. Tout d'abord, l'entretien débutait avec la définition du concept de l'EIAS par le participant. Ensuite, l'étudiant était invité à partager avec son accord une situation d'EIAS vécu. Enfin, l'accompagnement par le MSU (et les attentes qui en découlent) était abordé en questionnant l'apport d'autres formations. Au début de chaque entretien, un temps de présentation mutuel était également respecté. L'investigatrice proposait également aux étudiants les coordonnées de différents intervenants s'ils en ressentaient la nécessité au cours de l'entretien mené, étant donné la sensibilité du sujet qu'est celui des EIAS. Il s'agissait alors de la Cellule Écoute du Collège Universitaire de Médecine Générale (CUMG), de la psychologue de la faculté et de la LIPSEIM, Ligue Pour la Santé des Étudiants et Internes en Médecine, association à but non lucratif loi 1901.

Cette trame d'entretien a pu être testée sur une participante qui n'a pas été incluse dans l'étude du fait d'un défaut de réalisation de l'entretien, les questions posées n'étant pas suffisamment ouvertes pour bénéficier de l'apport des données récoltées. Le contenu du canevas n'a pour autant pas eu besoin d'être modifié.

Enfin, les entretiens ont été enregistrés à l'aide de la fonction dictaphone du téléphone de l'investigatrice. Ils ont été ensuite retranscrits dans leur totalité à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word® et pseudo-anonymisés par l'investigatrice. Tous les prénoms/noms ont été remplacés par la lettre "I" suivie du numéro de l'entretien. Les participants ont donc été nommés de I1 à I12. De plus, tous les éléments permettant leur reconnaissance tels que les noms de ville ou des particularités de parcours ont été remplacés par la lettre X ou supprimés. Une auto-critique de la tenue des entretiens s'est déroulée tout au long du recueil de ces données ce qui a permis une amélioration continue de la qualité du travail de recherche. En effet, cela a permis d'enrichir le contenu des entretiens à l'aide de questions plus ouvertes et d'échanges plus constructifs.

4) Analyse des données

L'analyse des données s'est déroulée entre janvier 2022 et décembre 2023.

Les verbatims ont été identifiés manuellement, puis analysés grâce au logiciel ATLAS.Ti. Ensuite, l'analyse des données a suivi une logique thématique avec regroupement des occurrences en thèmes et sous thèmes. Une triangulation des données a été réalisée d'une part entre l'investigatrice et son directeur de thèse, Docteur Marc Chanelière, et d'autre part avec un tiers extérieur, qui a participé à cette étude en analysant plusieurs entretiens.

5) Aspects éthiques et réglementaires

Le consentement des participants a été recueilli à l'aide d'un formulaire de consentement. Chaque participant pouvait le retirer sans condition, à n'importe quel moment de l'étude.

Devant la sensibilité du sujet qu'est celui des EIAS chez les étudiants en médecine, l'avis du comité éthique a été sollicité le 18/10/2022 et obtenu le 25/10/2022 après des modifications apportées au protocole de recherche initial.

L'ensemble des éléments concernant cette recherche a été stocké sur la plateforme sécurisée Claroline mise à disposition par l'Université Lyon 1 et soumise à authentification. Seul l'investigatrice principale ainsi que le directeur de thèse disposaient de l'accès à ces données.

III. Résultats

1) Caractéristiques de la population étudiée

Le tableau 1 décrit les participants de cette étude.

	Genre	Semestre actuel	Type de stage où s'est produit l'EIAS	Semestre où s'est produit l'EIAS	Durée de l'entretien (minutes)
I1	Homme	6	SASPAS	6	43
I2	Femme	5	SASPAS	5	64
I3	Femme	Post DES Non thésée Remplacement	SASPAS	5	69
I4	Femme	4	PFEA	3	68
I5	Femme	Post DES, Remplacement	SASPAS	5	95
I6	Homme	Post DES, Thésé Exercice hospitalier	Praticien Niveau 1	2	67
I7	Femme	Post DES Thésé Remplacement	SASPAS	6	72
I8	Femme	6	Praticien Niveau 1	1	68
I9	Femme	5	PFEA	3	78
I10	Femme	3	Praticien Niveau 1	2	65
I11	Homme	6	SASPAS	6	68
I12	Femme	Post DES Non thésée Remplaçante	Praticien Niveau 1	1	62
					Moyenne : 68,25

Tableau 1 : Tableau descriptif des participants

Parmi les cinquante-quatre personnes ont été contactées, douze entretiens ont pu être réalisés. Vingt-deux d'entre eux n'ont pas donné réponse et quatre désistements ont été constatés. Un refus a été également observé et quinze étudiants ont exprimé ne pas avoir vécu de situation d'EIAS en médecine ambulatoire au cours de leur troisième cycle.

Les entretiens se sont déroulés du 31 janvier 2023 au 20 novembre 2023. Leur durée variait entre 43 minutes et 95 minutes pour une durée moyenne de 68 minutes.

Parmi les entretiens, neuf d'entre eux se sont déroulés en visio-conférence conformément au choix des participants.

2) Définition du concept de l'EIAS

a. Des éléments de conception partagés

- **Des éléments communs de conception**

Tout d'abord, les participants s'accordent autour de sa forte fréquence. (I10 : *"J'ai appris plus je pense par expérience de voir à quel point ça fait quand même partie des inconvénients fréquents de la médecine."*). Cela permet ainsi également de constater la notion d'universalité de l'EIAS. (I6 : *"ça fait partie du métier."* / I7 : *"Il y en aura toujours des événements indésirables liés aux soins. C'est inhérent aux soins tu vois à mon sens."*). Les EIAS sont aussi décrits plutôt comme involontaires. (I6 : *"Je pense que la première chose qui me vient à l'esprit c'est involontaire. Jamais personne ne le fait exprès"*). Ils sont alors non souhaitables et évitables (I5 : (L'EIAS est) *"quelque chose que j'aurais pu mal faire avec le patient et qui aurait créé un problème et qui aurait pu être évité si je n'avais pas fait ça"*). Les participants démontrent une volonté de les éviter le plus possible (I12 : *"J'essaie au maximum d'éviter au maximum l'évènement indésirable lié aux soins"*). Les sujets interrogés ont relevé que les EIAS ne sont parfois pas perçus par le médecin généraliste. (I7 : *"ce que je trouve dommage aussi en ville c'est qu'on ne le sait même pas des fois qu'on a fait des bêtises ou qu'il y ait eu un évènement indésirable lié aux soins"*).

- **Le concept de seconde victime**

Ce concept de seconde victime, décrit par le Professeur Albert Wu en 2000 (3) est fréquemment évoqué par les participants. Ainsi, l'erreur a été décrite comme "humaine" par les étudiants (I10 : *"ça fait partie aussi du risque du métier, du côté humain du métier. On est des êtres humains donc on fait des erreurs."*). Pour autant, l'EIAS crée de la culpabilité (I5 : *"c'est souvent quelque chose qui peut être source de stress et de culpabilité pour le médecin"*). S'il occasionne des conséquences pour le patient, il peut alors être source de traumatisme pour le médecin (I7 : *"ça, ça m'avait vraiment dévasté quoi... Je m'étais même dit "Tu arrêtes Médecine."*). Enfin, cela a permis aux participants de caractériser ce concept de seconde victime (I12 : *" Tu peux te sentir tellement coupable par ce que tu as vécu qu'en fait ça peut te bouffer des années."*).

- **Une valeur positive d'apprentissage et d'amélioration des pratiques**

En effet, les étudiants ont fréquemment relevé l'apprentissage qu'apportait l'EIAS dans leur cursus (I2 : *" Tu te rends compte qu'en fait fallait prescrire ce type d'examen et pas celui-là, après tu t'en rappelles"*

et tu prescrites le bon truc”). Cela pouvait alors occasionner une modification de leur pratique. (I12 : *“Maintenant, je vérifie bien l’identité des gens. A chaque fois, je dis “Vous êtes bien untel ?”*). Pour autant, il a été bien identifié que pour obtenir cette amélioration de pratique, une capacité d’auto-réflexivité était nécessaire (I11 : *“Ça implique derrière qu’on réfléchisse à la manière dont on peut limiter la reproduction de ce genre d’effets indésirables”*.).

b. Des difficultés d’élaboration de cette notion : des éléments de conception différents

- **La notion de prévisibilité**

En effet, parmi les participants, certains ont considéré l’EIAS comme forcément inattendu et imprévisible (I12 : *“pour moi c’est pas un événement indésirable lié aux soins parce que c’est attendu”*). D’autres étudiants ont conscience qu’un EIAS puisse être attendu ou au contraire fortuit. (I8 : *“Pour moi, un EIAS en médecine générale, c’est un événement qui n’était pas forcément prévisible ou qui était attendu. Pour moi, le côté attendu ou non rentre pas en compte”*).

- **La notion des conséquences (avérées ou potentielles)**

La plupart des participants ont souligné le fait qu’un EIAS impliquait des conséquences pour le patient (I10 : *“ça a entraîné une atteinte pour le patient, même si c’est pas forcément une atteinte objective et très très importante”*). Seulement I11 a décrit l’EIAS comme pouvant avoir des conséquences potentielles mais non avérées (I11 : *“c’est un effet (...) qui aurait pu ou qui a engendré des dommages pour le patient (...) sans forcément qu’il y ait de conséquences mais des fois il peut y en avoir.”*).

La plupart des participants ont d’ailleurs réalisé la possibilité d’absence de conséquences après avoir entendu la définition de la HAS (I9 : *“j’avais oublié cette notion de « aurait pu entraîner » et que ça fait pas forcément une conséquence. Ça c’est vrai que je l’avais pas mis dans la mienne.”*).

- **La notion de gravité comme une perception subjective**

Au cours de ces entretiens, il n’a pas toujours été aisé pour les participants d’apprécier le niveau de gravité de leurs EIAS.

I7 : *“c’était pas grave mais c’est un peu grave quand même vu que je me suis plantée même si ça a pas eu de conséquence sur la patiente. “*

I10 : *“Parce que je pense qu’au fond je devais me dire : “Objectivement c’est pas si grave” mais moi j’avais l’impression que c’était grave parce que c’est moi qui avait fait la bêtise.”*

- **Des concepts quelques fois mal maîtrisés**

En premier lieu, la notion d’erreur et d’aléa thérapeutique ont pu poser des difficultés aux étudiants. En effet, même si certains participants avaient intégré le fait qu’un EIAS n’est pas systématiquement

synonyme d'erreur (I3 : *“Ça peut être plein de choses sans forcément que ça soit vraiment une erreur”*), il était conçu pour la majorité qu'un EIAS était une erreur (I12 : *“Alors un événement indésirable lié aux soins, c'est quand on fait une sorte d'erreur de la part du médecin.”*). Ainsi, l'aléa thérapeutique pouvait ne pas être considéré comme un EIAS étant donné qu'il n'existait pas d'imputabilité de la part du médecin (I5 : *“du coup pour revenir sur l'aléa thérapeutique si je me trompe mais du coup l'aléa thérapeutique c'est évitable ? ”*).

Pour un participant, il a été également difficile d'assimiler le principe de l'effet secondaire médicamenteux (I12 : *“Un effet indésirable d'un médicament, c'est un truc dont tu t'attends. (...) Ce n'est pas un effet indésirable lié aux soins.”*

De plus, comme cité précédemment, l'absence de conséquence avérée étant difficile à envisager pour la majorité des participants. Le concept de presque EIAS, c'est-à-dire un EIAS n'ayant pas provoqué de dommage, était alors difficile à maîtriser.

Quant à la déclaration des événements indésirables, un participant pensait qu'il était nécessaire de déclarer uniquement les EIAS jugés “graves” (I8 : *“Il me semble de mémoire que ce sont les graves mais qu'est-ce qui est éventuellement grave ?”*).

c. Discussion autour de la discussion de la HAS

Après que chacun ait pu exposer sa vision de l'EIAS, il était proposé au participant une discussion autour de la version officielle de la définition de la HAS. Celle-ci a été élaborée en octobre 2014 (1) en utilisant la définition retenue lors de l'étude ESPRIT (2) en 2013. Elle reprend la définition de l'OMS et a été ajustée à l'aide de focus group qui se sont tenus en février 2014 (7) : «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 ».

Après avoir été énoncée aux étudiants, ces derniers ont adopté des positionnements différents. En effet, une partie l'ont jugée de manière positive, la définissant comme *“complète”* (I10), *“pertinente”* (I6) et *“large”* (I4) quand d'autres étudiants l'ont décrit comme manquant de *“clarté”* (I5), en étant *“incomplète”* (I3) et *“subjective”* (I9).

Quand il a été demandé aux participants ce qu'il pourrait être ajouté à cette définition, diverses autres situations d'EIAS non perçues ont été évoquées.

I3 : *“ ça pourrait être aussi quelque chose où nous, on aurait pu se blesser (..)on peut très bien mal ranger sa boîte DASRI et puis l'interne passe derrière enfin se blesse” / “ ça peut être aussi purement relationnel avec nos secrétaires ou les infirmières avec qui on travaille.”*

I4 : *“On peut prendre en compte aussi par exemple des répercussions psychologiques sur un patient. Si*

on a par exemple manqué de tact à un moment dans l'entretien, je pense qu'on peut considérer ça comme un événement indésirable associé aux soins."

16 : *"J'élargirai la définition à la partie physique et mentale (...) un évènement peut arriver pendant les actes de soin qu'on réalise mais aussi pendant un acte de prévention ou un acte d'échange avec le patient."*

Afin d'étudier les attentes des étudiants vis-à-vis de leurs MSU après avoir vécu un EIAS, il était important de définir le concept même de cette notion et de le discuter. Cela a en effet permis à chacun d'en exposer sa représentation pour ensuite en questionner les fondements.

De ce fait, il était ensuite demandé aux participants de partager avec leur accord une situation ressentie d'EIAS qu'ils avaient vécu.

3) L'EIAS rapporté par les participants

a. Description de l'EIAS

- **Les différents EIAS rapportés**

Voici un tableau exposant les différents EIAS qui ont été partagés par les participants avec des précisions sur leur nature, le type de stage en question ainsi que le lieu de soin concerné.

	Nature	Lieu	Stage
I1	Retard diagnostique d'une TVP	Cabinet	SASPAS
I2	Toxidermie médicamenteuse	Cabinet	SASPAS
I3	Vécu d'EIAS sans EIAS	Cabinet	SASPAS
I4	Erreur diagnostique : mycose de l'oreille au lieu d'eczéma	Cabinet	PFEA
I5	Injection du solvant seul d'un vaccin	Cabinet	SASPAS
I6	Vécu d'EIAS sans EIAS	Visite à domicile	Praticien niveau 1
I7	Erreur de posologie d'un antibiotique	Cabinet	SASPAS
I8	Défaut d'utilisation de la table d'examen	Cabinet	Praticien niveau 1
I9	Vaccin administré en excès	PMI	PFEA
I10	Erreur de prescription : Otipax® sur tympan à risque de perforation	Cabinet	Praticien niveau 1
I11	Vécu d'EIAS sans EIAS	Cabinet	SASPAS
I12	Erreur de dossier médical	Cabinet	Praticien niveau 1

Tableau 2 : Description des différents EIAS rapportés pour chaque participant

- Sa narration

Voici quelques exemples de narration d'EIAS.

	Nature de l'EIAS	Description de l'EIAS
I2	<u>Aléa thérapeutique</u>	<i>"Là, il ramenait sa femme avec lui. (...). Elle devait avoir quatre-vingt et quelques années. (...) à peu près quinze jours qu'elle avait mal à la tête. Et en gros ça faisait, je trouve, névralgie du trijumeau. (...) Du coup, elle me montre sa tête et je la vois quand même. Elle avait une éruption je pense une toxidermie médicamenteuse. Elle a fait une éruption elle avait la bouche toute sèche, elle avait des plaques, enfin elle se grattait de partout."</i>
I4	<u>Erreur diagnostique</u>	<i>"Il avait 6 mois et donc là je le voyais parce que sa maman me disait qu'il avait des rougeurs derrière les oreilles (...) C'est vrai que j'ai essayé de faire un peu vite parce que cette maman avait tendance à me mettre un peu mal à l'aise. (...) Je sentais que le contact passait toujours un peu difficilement (...) En plus j'avais toujours le problème des 15 minutes que je devais respecter pour pas être en retard derrière. (...) quand je regarde au niveau des oreilles moi ça me fait penser à une mycose. En fait bien suintant, érythémateux (...) je prescris l'éconazole comme il en avait aussi au niveau de ses grands plis. (...) la semaine suivante je reviens en stage et mon maître de stage me dit quand on a une petite pause : "Ah au fait tu as vu un enfant la semaine dernière, tu l'as mis sous éconazole mais en fait c'était pas une mycose, c'était de l'eczéma, et l'eczéma, c'est classique". "</i>
I9	<u>Défaut de communication</u>	<i>"C'était quand j'étais à la PMI en troisième semestre. (...) on fait beaucoup de rattrapages vaccinaux. Et alors ça le rattrapage vaccinal, c'est un vrai casse-tête, il faut se pencher sur le calendrier, tout mettre au clair parce que sinon on se mélange les pinceaux. Et forcément c'est ce qui m'est arrivé un jour, je me suis mélangé les pinceaux et j'ai fait un vaccin que je n'aurais pas dû faire. (...) du coup je l'ai vacciné alors que ça avait été mal notifié dans le dossier. C'est moi aussi qui n'avait pas pris le temps de regarder correctement parce que c'était pas écrit là où ça aurait dû être."</i>
I10	<u>Effet indésirable médicamenteux</u>	<i>"Je regarde dans son oreille, effectivement il avait une otite. Et donc je lui prescris de l'amoxicilline et je sais pas pourquoi de l'otipax qui est l'anti-inflammatoire. (...) Et le soir en faisant ma supervision avec mon maître de stage, il me demande "est-ce que tu lui as dit qu'on met pas d'otipax si jamais l'oreille coule ?". J'avais complètement zappé de dire ça alors qu'il avait son otite qui était au bord d'exploser."</i>

Tableau 3 : Narration d'EIAS de différentes natures

Concernant les conséquences engendrées par les EIAS décrits ainsi que la gravité de ces derniers, les narrations pouvaient être très différentes les unes des autres. Il a pu être observé une totale absence de conséquence dans des cadres parfois de ressentis d'EIAS sans véritable EIAS (I3/I11). D'autres circonstances ont induit des répercussions variables sur le plan physique et émotionnelle des patients. Un participant (I6) a rapporté une situation de décès dans le cadre d'une situation de vécu d'EIAS sans EIAS. I6 s'était rendu en visite à domicile chez un patient âgé et fragile vivant dans un appartement thérapeutique. Il présentait des signes urinaires accompagnés d'une fébricule qu'il décrivait bien tolérer et a décidé d'attendre avec l'approbation de sa MSU les résultats de l'analyse bactériologique du prélèvement d'urine pour instaurer un traitement antibiotique. Malheureusement, ce patient a chuté dans la nuit précédant la visite de cet interne de premier semestre et a présenté un traumatisme crânien sous anticoagulant. Il est décédé des suites d'une hémorragie cérébrale. Ainsi, cette situation était discutable sur le plan de l'imputabilité de la décision médicale prise quant au décès du patient.

Voici un tableau exposant les différentes conséquences rapportées pour chaque situation :

	Nature	Conséquences pour le patient
I1	Retard diagnostique d'une TVP	Aucune
I2	Toxidermie médicamenteuse	Éruption cutanée et prurit
I3	Vécu d'EIAS sans EIAS	Aucune
I4	Erreur diagnostique : mycose de l'oreille au lieu d'eczéma	Aggravation de la pathologie
I5	Injection du solvant seul d'un vaccin	Répétition du geste douloureux
I6	Vécu d'EIAS sans EIAS	Décès
I7	Erreur de posologie d'un antibiotique	Aucune
I8	Défaut d'utilisation de la table d'examen	Stress intense
I9	Vaccin administré en excès	Douleur non nécessaire
I10	Erreur de prescription : Otipax® sur tympan à risque de perforation	Aucune
I11	Vécu d'EIAS sans EIAS	Aucune
I12	Erreur de dossier médical	Aucune

Tableau 4 : Les conséquences des EIAS partagés par les participants

b. Facteurs identifiés de l'EIAS

Voici un tableau pour illustrer les différents facteurs de dysfonctionnements identifiés pour certains des participants selon CADYA. CADYA est un outil d'analyse systémique de l'EIAS, à visée pédagogique, créée en 2011 par le Docteur Chanelière (Annexe 5)

Catégorie principale	Sous-niveau 1	Sous-niveau 2	Illustration par verbatim
Facteurs environnementaux	Contexte social du patient		
	Contexte d'action du soignant	Acte non planifié	
		Lieu de la prise en charge	
		Gestion de la charge de travail	I4 : "Moi je recevais sur des créneaux de 15 minutes (...) ça m'obligeait aller assez vite."
	Perturbateur contextuel		
	Système de santé	Offre de soin	I4 : "On est en plein dans la situation actuelle de pénurie (...) j'ai bien vu ce que ce que c'était le stress, l'interruption de tâches et que c'est très facile de faire une erreur en tout cas. "
Aspects financiers ou administratif			
Facteurs humains	Lié au patient		I6 : " 75 ans avec des antécédents cardiaques assez importants (...) qui était sous anticoagulant." I9 : "Bref, j'ai pas non plus redemandé parce que les patients parlaient pas très bien français et j'ai vacciné l'enfant "
	Lié au soignant		I12 : "Je pense que du coup bah la fatigue n'aidant pas (...). Je me suis trompée en fait du coup d'identité de patiente. " I4 : "Je voulais vraiment montrer une position où je suis sûre de moi, où j'ai confiance en moi"
	Lié aux autres soignants		
	Lié autre tiers		I4 : "J'ai essayé de faire un peu vite parce que cette maman avait tendance à me mettre un peu mal à l'aise. (...). Je sentais que le contact passait toujours un peu difficilement avec elle"

Facteurs techniques	Facteur matériel	Panne, défectuosité, indisponibilité	18 : <i>"la table d'examen je l'ai appris par la suite était défectueuse et en fait en tirant sur la manette pour abaisser le dossier, en fait le dossier a dépassé le plan horizontal"</i>
		Défaut d'usage	
	Système d'information	Donnée erronées ou manquantes	19 : <i>"il était pas écrit au bon endroit parce qu'il y avait un onglet où on rentrait tous les vaccins et il était pas écrit là-dedans"</i>
		Défaillance du système de communication	
Processus de soin	Dimension cognitive	Défaut de formation	17 : <i>"quand tu sais pas tu peux pas savoir quoi. Enfin moi je savais même pas qu'il y avait du proto avec l'oxygène."</i>
		Défaut de restitution	111 : <i>"Je lui ai fait le premier vaccin, c'était bien, puis je lui fais le deuxième et je me dis "Mince je crois que je n'ai pas purgé l'air qui était dedans"</i>
		Défaut de synthèse	
	Procédure de soins	Procédure non réalisée ou inadaptée	
		Défaut de protocole	
	Coordinations des soins	Défaut de communication	
		Suivi absent ou inadapté	12 : <i>"sa femme elle consultait jamais elle aussi. Elle devait avoir 80 et quelques années."</i> 19 : <i>"ils les suivent et c'est elle d'habitude qui en fait gère ses dossiers"</i>
		Absence de rétroaction	

Tableau 5 : Identification des différents facteurs de dysfonctionnement selon CADYA

c. La supervision décrite de l'EIAS par le MSU

- **Les modalités de stage**

En premier lieu, les MSU pouvaient être présent physiquement au sein du cabinet ou ne pas l'être. Il était plus fréquent que le MSU soit présent dans le cadre des stages Praticien niveau 1 bien que cela ne soit pas toujours le cas. (I4: *“Souvent c'était les cinq dernières consultations de la matinée quand lui il partait faire ses visites.”*). Les durées de consultations étaient également différentes selon les participants et différaient de 15 à 30 minutes. En outre, les possibilités de communiquer avec le MSU étaient différentes pendant la consultation. Dans certaines situations, le MSU était présent sur place (I8 : *“Si j'ai un gros problème, je lui dis et il interrompt la consultation et vient voir.”*). Dans d'autres, le MSU était joignable par téléphone (I10 : *“Peut-être une consultation sur deux où je passe un coup de téléphone pour être sûre de moi.”*). I2 a également décrit un système de messagerie interne pour communiquer avec ses MSU sur un autre lieu de stage (I2 : *“par exemple là à X., je suis avec des médecins avec qui on s'envoie des chats.”*).

- **Les supervisions**

Les supervisions étaient tout aussi variables. Elles pouvaient avoir lieu sur place avec le MSU physiquement présent en face de l'étudiant, par téléphone voire en rétroaction écrite.

Un seul participant I6 a été prévenu de son EIAS par téléphone et n'a pas bénéficié d'une seconde supervision même si sa visite à domicile avait été supervisée rapidement. Concernant la découverte de l'EIAS, ce dernier pouvait être décelé autant par le MSU que l'étudiant.

	Nature	Supervision	Qui a découvert l'EIAS ?
I1	Retard diagnostique d'une TVP	Rétroaction écrite	Étudiant
I2	Toxidermie médicamenteuse	Débriefing en présentiel	Étudiant
I3	Vécu d'EIAS sans EIAS	Débriefing en présentiel	MSU
I4	Erreur diagnostique : mycose de l'oreille au lieu d'eczéma	Débriefing en présentiel	MSU
I5	Injection du solvant seul d'un vaccin	Débriefing par téléphone	Étudiant
I6	Vécu d'EIAS sans EIAS	Absence de supervision après l'annonce de l'EIAS	MSU
I7	Erreur de posologie d'un antibiotique	Rétroaction écrite	MSU
I8	Défaut d'utilisation de la table d'examen	Débriefing en présentiel	Étudiant
I9	Vaccin administré en excès	Débriefing par téléphone	MSU
I10	Erreur de prescription : Otipax® sur tympan à risque de perforation	Débriefing par téléphone	MSU
I11	Vécu d'EIAS sans EIAS	Débriefing en présentiel	Étudiant
I12	Erreur de dossier médical	Débriefing en présentiel	MSU

Tableau 6 : Description des différents types de supervision réalisées

Certains MSU supervisaient toutes les consultations réalisées par l'interne de manière systématique (I11 : *“On débriefait en fin de demi-journées (...) de toutes (les consultations)”*). D'autres MSU proposaient une supervision uniquement si celles-ci avaient causé des difficultés pour l'étudiant (I5 : *“On faisait la check-list : « Lui est-ce qu'il y a un problème ? Oui ? Non ?”*).

- **Description de la réaction du MSU**

Des adjectifs à valeur méliorative ont été utilisés par certains participants. Effectivement, certains MSU ont été décrit comme « *bienveillant* » (I11), « *pédagogue* » (I3), « *sans culpabilisation* » (I9). Certains MSU réagissaient avec sérénité (I2 : *“Lui il a de l'expérience et il doit savoir que parfois faut pas trop s'inquiéter quoi.”*). Quelques-uns manifestaient une confiance en leur étudiant (I2 : *“Tu vois il m'a dit qu'il avait confiance en comment je travaillais”*.)

D'autres qualificatifs plus péjoratifs ont également été rapportés. Certains MSU ont été décrit comme exigeant et culpabilisant envers le participant (I10 : *“je pense que peut-être lui sur le coup un peu sans faire exprès m'a fait aussi culpabiliser parce qu'il a insisté sur le fait que c'était un peu idiot d'avoir mis ça”*). Quelques MSU ont également été dépeint comme taciturne (I12 : *“elle avait plutôt un tempérament assez froid (...) elle discutait pas beaucoup. Elle était pas très ouverte”*). De l'inquiétude voire de la panique de la part de leur MSU ont été parfois ressentis par les étudiants (I6 : *“J'ai senti*

qu'elle était stressée et paniquée par rapport à cette situation de complications suite à ma prise en charge".)

Ainsi, les modalités de stage pouvant être variable, la supervision d'un EIAS peut l'être tout autant. Cet EIAS peut engendrer des réactions différentes de la part des MSU ; ces derniers pouvant faire preuve de bienveillance, sérénité et encouragement tout comme manifester du silence, de l'inquiétude voire de la panique. Les étudiants peuvent avoir également ressenti certaines supervisions comme exigeantes et culpabilisantes. De ce fait, il est intéressant de s'intéresser également au vécu du participant concernant son EIAS.

d. Vécu du participant

Les participants ont pour la plupart rapporté des sentiments et ressentis négatifs (Tableau 7). En 2000, le Professeur Albert Wu a décrit le concept de seconde victime (3). Derrière chaque EIAS se trouve un patient qui en est la première victime en subissant malheureusement parfois des conséquences négatives. Toutefois, le soignant concerné par cet événement en est lui la seconde victime. Des émotions négatives telles que la honte, l'anxiété, la tristesse, la culpabilité peuvent être ressenties et être à l'origine de modifications négatives des pratiques avec des conduites d'évitement voire des remises en cause de carrière professionnelle (I7 : "ça, ça m'avait vraiment dévasté quoi... Je m'étais même dit "Tu arrêtes Médecine.").

Cela a également été perçu lors de ce travail de recherche. Effectivement, les étudiants interrogés ont décrit des émotions jugées désagréables telles que :

- Du malaise, de gêne (I2 : " je me sentais un peu mal" / I11 : "J'étais un peu gêné")
- De culpabilité (I10 : "je me souviens que là je culpabilisais quand même beaucoup d'avoir fait ça.")
- De honte (I6 : "c'est la honte d'avoir échoué cette prise en charge et la honte qu'elle m'en veuille, qu'elle soit fâchée ou en colère")
- De stress (I5 : "Parce que du coup j'avais jamais été confronté à cette situation tu vois d'injecter juste le solvant... donc ça, ça m'a stressé.")
- De tristesse (I6 : "Je suis toujours triste pour ce patient")
- Sensation d'être "bête" (I1 : "C'est bête de pas l'avoir envoyé la semaine dernière")
- Manque d'expérience désagréable relevé par I5 (I5 : "Parfois ça peut provoquer aussi je pense clairement un sentiment de manque d'expérience.").

Conjointement à cela, I4 a expliqué qu'elle se trouvait en difficulté du fait de son statut d'interne (I4 : "que la mère du coup de cet enfant n'ait pas l'impression que je suis interne et que je réfléchis à mon

diagnostic, je voulais vraiment montrer une position où je suis sûre de moi”).

Les EIAS ont également eu comme conséquences l’apparition de craintes diverses. Tout d’abord, les étudiants ont décrit une forte préoccupation d’éventuelles conséquences quant à leur EIAS (I8 : *“J’avais eu peur qu’il se fasse mal et qu’il se tape la tête.”*). Les étudiants ont ensuite rapporté une peur du jugement que ce soit par les patients (I8 : *“Ça c’est de la projection mais je me suis dit qu’ils se sont peut-être dit “Oh là là c’est quoi cette interne? Elle sait pas utiliser la table d’examen.”*), par leur MSU (I12 : *“Validée par la maître de stage, pour qu’elle soit fière de moi et contente de mon travail.”*) ou dans le cadre d’un partage de l’EIAS en groupe (I3 : *“dire devant tout le monde : Bah voilà j’ai fait cette erreur là ça a provoqué un peu au début de honte... enfin de me dire, qu’est-ce que les autres vont penser etc”*). Effectivement, la réaction du MSU pouvait être appréhendée (I12 : *“j’avais peur de faire en fait une erreur et de me prendre un savon.”*). De manière générale, être confronté à un EIAS créait un sentiment de peur de la part du participant (I7 : *“Enfin c’est vrai que moi j’ai eu toujours eu peur et je pense que j’ai toujours un peu peur de faire une connerie.”*). Cette crainte est subordonnée également à la présence éventuelle de conséquences médico-légales (I6 : *“j’ai stressé plusieurs semaines après en me disant est-ce que je vais recevoir un appel pour me dire “Est-ce qu’il y a une plainte ?”*).

Tous ces sentiments et craintes vont de pair avec une diminution de leur confiance en soi “ (I10 : *“Et donc comme cette confiance était encore fragile, je pense que ça l’a un peu ébranlée enfin fragilisée, ébranlé c’est trop fort.”*). Il a été décrit une faible confiance en soi par un bon nombre de participants (I8 : *“Pendant ce premier stage, je manquais beaucoup d’assurance de confiance en moi dans ma posture de médecin.”*).

Toutefois, un seul participant, I1, a eu une réaction plutôt différente sans culpabilité ni pensées récurrentes autour de son EIAS, avec une confiance en soi décrite comme importante. Il a rapporté une certaine sérénité et la certitude quant de ne pas être confronté un jour à un grave EIAS.

I1 : “De manière général, je ne suis pas quelqu’un d’inquiet pour quoique ce soit. Je suis plutôt serein (...) je me suis pas senti particulièrement quoi que ce soit (...) J’ai assez confiance en moi pour me dire que je suis pas plus bête qu’un autre et que je vois pas pourquoi il m’arriverait quelque chose de vraiment grave (...) “S’il y avait pas eu le SASPAS à la fin de l’internat, j’aurais pas été en manque de quoi que ce soit.”

	Nature	Vécu
I1	Retard diagnostique d'une TVP	Sérénité
I2	Toxidermie médicamenteuse	Peur, culpabilité
I3	Vécu d'EIAS sans EIAS	Dévalorisation
I4	Erreur diagnostique : mycose de l'oreille au lieu d'eczéma	Culpabilité, malaise
I5	Injection du solvant seul d'un vaccin	Culpabilité, dévalorisation
I6	Vécu d'EIAS sans EIAS	Tristesse, culpabilité, frustration, déception, panique, honte
I7	Erreur de posologie d'un antibiotique	Contrariété, honte
I8	Défaut d'utilisation de la table d'examen	Stress, peur du jugement du patient soulagement de l'absence de conséquences
I9	Vaccin administré en excès	Dévalorisation, peur du jugement du patient et de sa réaction, culpabilité, malaise, tristesse
I10	Erreur de prescription : Otipax® sur tympan à risque de perforation	Dévalorisation, culpabilité, honte, inquiétude, "l'impression de ne pas être à la hauteur"
I11	Vécu d'EIAS sans EIAS	Stress, gêne
I12	Erreur de dossier médical	Dévalorisation, culpabilité

Tableau 7 : Description du vécu des EIAS

L'EIAS peut donc avoir des conséquences négatives pour l'étudiant de troisième cycle, jusqu'à un vécu de psychotraumatisme avec pensées récurrentes et anxiété anticipatoire. Il est alors licite de s'interroger dans un premier temps sur la gestion de cet évènement par les étudiants indépendamment de leur MSU.

4) La gestion de l'EIAS par l'étudiant

a. Stratégie personnelle de gestion de l'EIAS mise en œuvre par l'étudiant

La plupart des étudiants ressentent tout d'abord le besoin de parler de l'EIAS qu'ils ont vécu pour se sentir mieux, avec leur MSU (I2 : *"ça a été d'en discuter avec mon maître de stage (...) en tout cas c'est ça qui m'a permis d'avancer là-dessus"*), avec leurs pairs (I9 : *"On a une bande d'amis où on raconte ce qui se passe et ce qu'on trouve difficile."*) ou leurs conjoints (I6 : *"Je l'ai raconté à ma femme (...) J'étais assez stressé du coup ça m'a aidé à partager mes émotions et un peu à me libérer de ce poids."*).

I2 a remarqué qu'il était plus facile de discuter des EIAS avec des soignants plutôt que des non-

soignants (I2 : *“Tu peux pas en parler avec n'importe qui. Enfin c'est des personnes qui comprennent ce que tu peux vivre et qui ont déjà vécu des choses comme ça.”*). I4 a expliqué pour autant ne pas avoir parlé de son EIAS avec qui que ce soit.

Ensuite, la plupart des étudiants développent une gestion de l'EIAS proactive. En effet, l'EIAS a généralement induit une remise en question chez les participants (I2 : *“peut-être j'aurais pas dû lui prescrire”*). Cette remise en question a été décrite comme difficile (I3 : *“On se remet beaucoup en question (...) c'est vrai que c'est un exercice qui est pas forcément évident”*). Pour autant, cette remise en question est ressentie comme importante et ce notamment parce qu'elle permet de prévenir la récurrence des EIAS (I9 : *“Je pense que si je comprends mieux et si j'analyse mieux mon erreur après, je suis plus capable de comprendre comment ne pas la reproduire après.”*). Ainsi, au cours de ce mécanisme de remise en question, l'étudiant effectue des recherches bibliographiques (I3 : *“ça m'a amené à voilà à faire mes recherches, à approfondir un peu là-dessus”*). Un participant (I8) a d'ailleurs fait de son EIAS un Récit de Situation Complexe et Authentique, production demandée annuellement par le Collège Universitaire de Médecine Générale (I8 : *“quand il a fallu faire le RSCA, j'ai trouvé que cette situation était intéressante (...) la situation avait été complexe pour moi”*). De manière générale, afin d'éviter les EIAS, certains étudiants expliquent faire preuve de rigueur (I7 : *“Pour le coup j'essaie d'être très rigoureuse et systématique et notamment du coup au niveau des certificats.”*). I2 a également relevé que corriger l'EIAS lui avait permis de se sentir mieux (I2 *“enfin tout était assez cadré quand on en a reparlé au final au débriefing”*).

D'autres participants ont perçu un bénéfice en communiquant avec le patient. L'honnêteté à son égard a été rapportée comme importante (I12 : *“Je me suis sentie bien, je me suis sentie mieux. J'étais fière de moi en fait d'avoir pu entre guillemets assumer mon erreur et d'avoir pu m'excuser avec bienveillance. J'aurais aimé ça en tant que patiente.”*). Relire les ordonnances en présence des patients a été également cité pour vérifier ses prescriptions (I7 : *“C'est par rapport aux erreurs de prescription sur les papiers. C'était un de mes maîtres de stage dans mon stage prat niveau 1 qui m'avait dit de le faire”*.)

A contrario, laisser du temps passer après l'EIAS a été décrit comme apaisant par les participants, évoquant alors un mécanisme de deuil (I6 : *“Le temps, tout simplement. Je pense qu'en médecine le temps te permet d'apprendre et de cicatriser sur ces blessures”*).

Cependant, d'autres étudiants encore modifient leur pratique en utilisant de nouvelles techniques défensives. I7 a par exemple expliqué prescrire d'avantage d'examen complémentaires afin de se sentir en sécurité dans ses prises en charge (I7 : *“Du coup je pense que je prescris beaucoup d'examen complémentaires pour l'instant, à mon sens un peu trop (...) pour me rassurer”*). De plus, I9 a identifié

une technique de retrait lorsqu'elle ne se sent pas à l'aise dans certaines situations (I9 : *"J'ai appris toute seule au cours de l'internat à savoir poser mes limites et à savoir dire « Bah non en fait ça, je le sens pas je le fais pas»"*) Certains étudiants ressentent également le besoin d'une vérification de leur prise en charge par leur MSU ou de réévaluer cliniquement leur patient (I6 *"Je pense que les premières fois j'étais assez frileux de prendre des décisions tout seul sans parler à un chef. Dès que j'avais le moindre doute, je demandais systématiquement au chef par rapport à des prises en charge"*)

De plus, certains étudiants expriment qu'il n'est pas possible d'être préparé à la gestion d'un EIAS (I12 : *"Est-ce que je suis préparé à en vivre un... Je pense qu'on est jamais réellement prêt à ça pour être franche."*)

Les stratégies d'adaptation aux EIAS des étudiants sont diverses et variables d'une personne à une autre, bien que la plupart tirent un bénéfice certain d'une remise en question ainsi que la réalisation de recherches. Pour autant, quels outils ces derniers utilisent-ils pour s'aider à améliorer leur pratique?

b. Les outils utilisés pour la gestion de l'EIAS

Tout d'abord, certains participants ne connaissaient pas d'outils (I5 : *"Quel support ? Franchement tu vois, j'en connais pas, même maintenant je sais pas s'il y en a"* / I6 : *"Non, je ne pense pas que j'en connaisse"*).

• Ressources génériques professionnelles

Pour se faire, certains se réfèrent à des outils de ressources médicales. Parmi celles qui ont été citées se trouve :

- Leur formation enseignée lors de leur stage de troisième cycle (I7 : *"Je pense que c'est notre formation en soit, notre formation médicale théorique"*).
- La revue Prescrire (I2 : *"Les premiers choix prescrire, je trouve c'est hyper important de tout relire et te dire : bah oui la prochaine fois je mets ça direct plutôt que de te dire je sais pas quel médicament mettre et tu mets pas celui qui a la meilleure balance bénéfice"*)
- Des sites internet de référence médicale (I10 : *"enfin si tous les sites qu'on a pour vérifier nos informations et éviter que l'on refasse des erreurs"*)
- Le VIDAL (I10 : *"Le seul outil que j'ai utilisé c'est le site du VIDAL pour aller voir si ma prescription était bonne ou pas..."*)
- Le conseil de l'Ordre (I8 : *"Je pense que sur le site du conseil de l'Ordre des médecins, il doit y avoir des pistes"*).

- **Ressources spécifiques de gestion des risques**

Enfin, quant aux ressources spécifiques de gestion des risques (CADYA, RMM, CREX, fiche analyse EIAS du portfolio etc.), peu de ces éléments n'ont été cités par les participants de l'étude.

⇒ L'outil CADYA

L'outil CADYA sous forme d'organigramme et de grille leur a été présenté. Parmi les sujets interrogés, seulement I1 et I11 connaissait CADYA. CADYA a été apprécié des étudiants (I11 : *“je pense que c'est plutôt adapté pour plein de choses parce qu'il y a toujours des facteurs qu'on voit pas en fait”*). Ils ont pour certains d'entre eux essayé d'utiliser cet outil spontanément concernant l'EIAS qu'ils venaient de partager (I5 : *“Après moi du coup dans mon cadre si c'est un défaut d'usage, non-respect de l'usage habituel du matériel oui bah du coup ça me fait me rendre compte que j'ai pas utilisé comme il fallait et qu'il faut faire plus attention à comment tu utilises les choses”*). Les sujets interrogés émettent donc le souhait d'une utilisation future de CADYA par les MSU (I4 : *“effectivement dans le feu de l'action, ça aurait pu être pas mal de reprendre ça”*). Entre la forme organigramme et grille, les avis divergent quant au format plus apprécié. Certains préfèrent la forme organigramme (I4 : *“Voilà la lisibilité en fait. Voilà je trouve que ça dichotomise bien alors que le tableau j'avais du mal à comprendre en fait où est-ce qu'on allait avec le tableau”*). D'autres préfèrent le tableau (I10 : *“Ben ça va mais je trouve qu'avec le tableau on s'y perd moins”*). Un étudiant explique aussi que chaque format a ses utilités (I6 : *“La grille je la trouve plus complète mais le schéma je le trouve plus facile à regarder et à analyser”*).

Pour autant, quelques réserves ont pu être émises. Un participant a expliqué qu'elle avait des doutes quant à l'utilité de CADYA (I8 : *“Mais je pense que souvent les médecins ont suffisamment de clairvoyance. Souvent, ils savent déjà ce qui a posé problème”*). Un autre s'est posé la question du côté chronophage de l'utilisation de cet outil. (I11 : *“Je sais pas si en termes de timing, c'est quelque chose de gérable parce qu'il y a quand même beaucoup de points”*). De plus, certains participants n'imaginent pas leur MSU utiliser CADYA (I12 : *“Connaissant ma MSU, j'ai du mal à l'imaginer faire ça”*).

Ensuite, si les étudiants ont manifesté un franc intérêt pour cet outil, ils ont pu citer les apports que celui-ci pourrait leur donner.

Tout d'abord, l'outil CADYA a été décrit comme permettant de guider l'analyse du MSU (I9 : *“ça m'aurait permis justement d'en parler, de conduire un peu l'entretien qu'on aurait pu en avoir. Ça fait une trame je pense qui est pas mal pour débriefer”*). Il a été soulevé que cet outil permettrait d'apporter un accompagnement psychologique de qualité (I12 : *“Ça m'aurait évité de subir la douche froide qu'elle m'a faite. On aurait décentré un peu le truc. Au lieu d'être centré à m'accabler, on se serait intéressées vraiment au fond des choses”*). CADYA a été décrit ainsi par un étudiant comme donnant une

reconnaissance à l'EIAS qu'il avait vécu (I5 : *"Je trouve que sur le symbolique c'est assez intéressant de se dire en fait voilà « là je mets tout ça, c'est pas que dans ma tête il s'est passé quelque chose»"*). Un autre, quant à lui, explique que CADYA aurait pu aider à analyser des sentiments (I9 : *"Ça permet de mettre des mots sur les sentiments des fois un peu flous"*). Plusieurs autres participants ont ainsi soulevé le fait que CADYA puisse alléger la culpabilité ressentie (I4 : *"Ça permet vraiment de déculpabiliser et puis d'essayer de comprendre en fait"*). Dans une autre mesure, CADYA a été nommé comme un outil permettant de prendre du recul afin de mieux analyser les facteurs de dysfonctionnements présents (I9 : *"De mieux comprendre les différents facteurs qui ont fait qu'il y ait pu avoir cet effet indésirable, mieux identifier les différents aspects de ce qui s'était passé"*). Cette analyse permet ainsi une amélioration des pratiques en modifiant les facteurs d'EIAS modifiables (I12 : *"Quels dysfonctionnements on a rencontré et en fonction quels axes sont à retravailler quoi"*). CADYA permettrait ainsi pour les étudiants de prévenir la récurrence des EIAS (I1 : *"identifier le problème pour pouvoir ne pas le reproduire et pas que la situation arrive de nouveau"*).

Quant à la question de l'utilisation de CADYA en soins primaires, des participants jugent que cet outil est adapté (I1 : *"ça peut être intéressant dans les MSP ou des choses comme ça justement d'apporter ces éléments justement pour en discuter avec tout le monde et essayer d'identifier un petit peu où il y a eu un dysfonctionnement"*). Seulement I8 a expliqué qu'elle concevait CADYA pour un exercice hospitalier (I8 : *"Moi j'aurais plutôt vu ça pour des situations qui se passent à l'hôpital"*).

Les étudiants connaissent donc différentes ressources qu'ils utilisent lorsqu'ils sont confrontés aux EIAS. Différents apports facultaires existent. Quels sont-ils ? Les étudiants en ont-ils conscience ?

c. Apport des Groupes d'Échange de Pratique et du tuteur

Les apports des GEP cités par les étudiants sont nombreux et variés.

Sur le plan humain, la bienveillance en GEP a été un élément très souvent rapporté (I5 : *"J'avais un super groupe de co-GEP, tout le monde était très sympa, super bienveillant, notre tuteur il était très gentil."*). Ce climat favorable a donc permis d'apporter une écoute (I8 : *"Ça m'apporte le fait de me sentir écoutée"*). Cela a permis également de partager et de normaliser des émotions (I10 : *"ça aurait permis aussi aux autres de dire "Bah oui si je culpabilise, c'est normal..."*). Les GEP ont également été décrits comme des lieux de partage d'expérience (I5 : *"Le principal truc des GEP et c'est pour ça que j'aimais bien c'était les interactions (...) enfin d'apprendre des expériences des autres"*) mais aussi de difficultés rencontrées en stage (I9 : *"Souvent par exemple les urgences moi ça c'était pas très bien passé mon semestre d'urgence donc j'avais pu parler de toutes ces choses qui me mettaient mal à*

l'aise.”). I8 a également rapporté un gain de confiance en soi grâce aux GEP (I8 : *“Je trouve que ça permet d’être rassurée sur sa prise en charge et donc d’aider un peu à avoir confiance en soi”*).

Sur un autre plan, les GEP permettaient pour les étudiants d’améliorer leurs pratiques et leurs connaissances (I12 : *“Ça te permet du coup un éclaircissement en termes de connaissances”*). De plus, les GEP apportaient la possibilité de prendre du recul aux participants (I5 : *“T’as les expériences des autres étudiants qui va être intéressantes et qui va pouvoir prendre d’autant plus de recul”*.)

Les étudiants ont globalement préféré les GEP en présentiel plutôt qu'en visio (I8 : *“Je trouve que le présentiel ça permet quand même toujours d’être plus présent. Enfin je trouve qu'en terme de qualité d'attention en présentiel moi j'arrive mieux à me concentrer. Et puis je trouve que pour voir les émotions non verbales de la personne qui raconte c’est plus parlant en présentiel”*).

Tout cela participe au fait que l’EIAS soit un sujet qui puisse être abordé en GEP. En effet, le GEP a été décrit comme permettant d’augmenter les capacités de gestion de l’EIAS pour la grande majorité des étudiants. (I1 : *“Malgré tout ça m'a quand même fait du bien d'en parler et de me rassurer un petit peu, de me dire : oui en effet du coup elles sont d'accord avec moi et c'est pas que de ma faute ou c'est pas de ma faute tout court (...) ça aurait été difficile pour tout le monde et c'était pas juste pour moi”*). De ce fait, le GEP permet de développer des stratégies pour éviter les EIAS (I11 : *“Ça peut permettre à la fois de discuter en termes de prévention des effets indésirables”*). Ainsi, les étudiants apprécieraient une formation régulière sur les EIAS lors de GEP (I12 : *“je pense que ce serait bien de pousser un peu le truc, au lieu de faire une simple GEP, de faire un cas clinique autour d’un évènement indésirable associé aux soins et je pense que tu apprendrais davantage”*).

Pour autant, il pouvait être parfois difficile de parler des EIAS en GEP (I12 : *“En GEP, je n’ai pas osé en parler (...) parce que j'avais honte. J'avais honte d'avoir fait une erreur. J'avais peur de la réaction des gens. J'avais peur de passer pour une nulle. J'avais toutes les émotions négatives qui me revenaient”*).

De plus, au début de leur troisième cycle, certains étudiants n’avaient pas perçu l’intérêt des GEP (I12: *“Au début de l'internat, je vais être franche, ça me fatiguait. Je ne comprenais pas en fait où on voulait m’amener. Je comprenais pas où étaient les tenants et les aboutissants de ces GEP”*). Certains participants ont relevé que les bénéfices des GEP dépendaient encore de ceux qui la composaient (I3 : *“du coup bah c'est compliqué. Enfin on n’est pas trop d'accord sur les choses”*). I12 comme d’autres participants ont également relevé également qu’il ne serait pas envisageable de consacrer la totalité des GEP autour des EIAS (I12 : *“peut-être avoir des moments où on peut en discuter, enfin pas à chaque fois”*).

Quant à la place du tuteur en GEP, la plupart des participants appréciaient leur tuteur (I4 : *“très bienveillante notre tutrice, elle est super. Voilà ça se voit qu'elle se soucie quand même de notre bien-être.”*). Il a été rapporté qu'il apportait à la fois sur le versant psychosocial (I2 : *“Plutôt sur le côté psychosocial c'était intéressant”*) mais aussi sur le plan biomédical (I10 : *“elle a certains domaines entre autres qui l'intéressent particulièrement sur lesquels elle est assez bien documentées”*). Son partage d'expérience a aussi été mis en avant (I3 : *“c'est intéressant parce que le tuteur est plus âgé, a plus d'expérience, un peu plus de recul sur l'encadrement des internes et du coup nous questionne un peu plus, nous pousse un peu dans nos retranchements pour justement se questionner parce que souvent les GEP ça part d'un problème qu'on a eu”*). Il a donc été également décrit comme quelqu'un permettant de guider le GEP et d'en approfondir la réflexion (I6 : *“Guider le GEP (...) Donner un cadre. Et laisser chacun puisse s'exprimer dans un environnement protégé plus ou moins et sous les guidages de quelqu'un si besoin”*). De plus, le tuteur a été dépeint comme un soutien en cas de difficulté. (I10 : *“Moi je pense que s'il m'arrivait un truc en stage dont j'avais besoin de parler, je pense que je pourrais aller lui en parler”*). Pour autant, certains étudiants ont expliqué être d'autant plus aidés par le partage de situations avec d'autres étudiants que leur tuteur (I1 : *“Mais moi je dirais pas que c'est mon tuteur qui m'a apporté énormément de choses. Il était très bien mon tuteur mais il blablait beaucoup. En fait la chose qui était vraiment plus intéressante, c'était de débriefer avec mes co-tutorés”*) voire émettaient des réserves quant à son utilité (I5 : *“je trouve que le tuteur de GEP, je suis un peu mitigé sur son apport honnêtement”*).

Le tuteur s'inscrit alors comme une possible ressource supplémentaire pouvant apporter un autre accompagnement, extérieur au stage de l'étudiant et ce sans rapport de hiérarchie.

Ainsi, les GEP sont largement plébiscités par les étudiants. Cependant, il peut exister d'autres moyens de formation mis en place par la faculté que ce soit au cours du deuxième ou troisième cycle des études médicales.

d. Apport de la formation facultaire

De nombreux étudiants rapportent n'avoir connu de formations essentiellement que pendant l'externat (I7 : *“On a eu une formation moi je m'en souviens bien pendant l'externat enfin une formation... c'était un cours de santé publique auquel j'avais assisté”*) voire quelques fois n'en avoir jamais connu (I8 : *“Mais alors pendant l'externat j'ai aucun souvenir qu'on en ait parlé”*).

Pendant l'internat, plusieurs étudiants ne rapportaient pas de souvenir de formations (I2 : *“Pendant l'internat ... Je crois pas qu'il y a eu trop de cours là dessus. Je me rappelle pas d'avoir eu”*). Certains ont

déclaré ne pas se sentir préparés à la gestion des EIAS par la faculté (I5 : *“Pas franchement non parce qu'on n'a pas vraiment eu de formation là-dessus”*). De ce fait, un certain nombre d'étudiants ont déclaré attendre une formation de la part de la faculté. (I5 : *“c'est plutôt bien dommage parce que vu que c'est quelque chose qui est encore une fois source de culpabilité, source de stress, en prendre conscience c'est quand même hyper important”*). Toutefois, le contenu et les modalités souhaitées de cette formation diffèrent selon les personnes interrogées. Certains souhaiteraient reprendre des notions théoriques (I2 : *“reprendre les concepts de comment tu fais pour éviter les EIAS. Parler de la balance bénéfice-risque ... des lobbys ... Ça peut être intéressant”*). D'autres, au contraire ne se projetteraient pas dans un cours magistral (I6 : *“Oui, un cours mais avec du partage (...) Soit du partage par les formateurs, soit du partage par les internes (...) Je pense que c'est difficile de faire seulement un cours théorique car pour les internes ça peut être un peu long”*). D'ailleurs, un étudiant explique attendre des ressources pédagogiques quant à la gestion d'un EIAS de la faculté plutôt que de son MSU (I9 : *“De la part de d'un MSU de manière individuelle, je pense que c'est difficile de demander plus qu'un encadrement personnel comme ça. C'est plus quelque chose que je rapporterais à de l'enseignement facultaire ou moi de mon côté aller faire une FST (Formation Spécifique Transversale).”*).

De manière plus générale, quelques étudiants ont spontanément émis des réserves quant à la formation qu'ils reçoivent à la faculté la jugeant peu utile (I1 : *“C'est comme tout ce qu'on a avec le CUMG et la fac c'est qu'il y a plein de trucs, moi je trouve qu'ils sont un peu « too much » et que c'est un peu parler pour parler quoi...”*). D'autres soulèvent tout de même l'apport positif du CUMG (I4 : *“le CUMG a tendance à chouchouter ses internes quand même et à insister sur notre bien-être, des choses comme ça quoi.”*). De plus, plusieurs participants ont apprécié les ateliers optionnels de la faculté (I9 : *“Je trouve que les meilleurs enseignements qu'on peut avoir de la fac, c'est ceux qui ne sont pas obligatoires. C'est ceux où on prend la peine de venir parce qu'on a envie d'avoir des connaissances supplémentaires”*).

- **L'atelier facultaire optionnel « Sécurité du patient » de la Faculté de Médecine Lyon Est**

Concernant les étudiants ayant reçus une formation pendant l'internat, la plupart (I3/I9/I11/I12) ont assisté à un atelier facultatif qui se nomme atelier "sécurité du patient" encadré par le Professeur Thierry Farge et le Docteur Marc Chanelière. L'un d'entre eux exprime d'ailleurs des réserves quant au titre (I9 : *“J'avais un peu peur que ce soit un truc barbare au début vu l'intitulé qui donne pas tant envie que ça”*). D'autres étudiants tels que I6/I7/I8 ne connaissaient pas l'existence de cet atelier. Parmi eux, I7 et I8 auraient été intéressés d'y participer.

Les étudiants ayant participé à cet atelier en ont décrit des bénéfices. La bienveillance présente au sein de ce dernier a été soulevé par ses participants (I12 : *“ils étaient ouverts à la discussion, une bienveillance. C'est vraiment très agréable de discuter avec eux”*). Il a permis également aux étudiants de se sentir moins seuls face aux EIAS (I3 : *“C'était oui rassurant que d'autres personnes osent parler aussi et puis de se rendre compte qu'on n'est pas tout seul dans nos difficultés c'était intéressant”*). Cet atelier a aidé les étudiants à analyser les différents dysfonctionnements ayant menés à leurs EIAS respectifs (I3 : *“le fait de vraiment se questionner, c'était bien parce que ça a vraiment fait ressortir les vrais problèmes liés à la situation et comment les améliorer quoi”*). Analyser ces dysfonctionnements a ainsi permis de trouver des solutions quant aux facteurs ayant causé des difficultés (I9 : *“on nous a pas donné des solutions toutes faites. On nous a donné les moyens de nous réfléchir à comment trouver nos solutions. Et j'ai bien aimé ! ”*). De ce fait, il a été expliqué que cet atelier pouvait diminuer le sentiment de culpabilité décrit par les participants précédemment (I12 : *“sur l'événement indésirable lié aux soins je trouve que du coup l'atelier qu'on a eu en fait concernant ce sujet-là a été très intéressant. Ça m'a permis de dédramatiser.”*) et de ce fait pouvoir leur permettre de prendre du recul (I3 : *“le fait aussi de décortiquer le pourquoi du comment ça permet de se dire qu'il y avait pas que nous en jeu, il y avait plusieurs facteurs”*). Par conséquent, les étudiants ayant participé à l'atelier ont déclaré qu'ils se sentaient d'avantage prêts à gérer les EIAS (I12 : *“Maintenant avec l'atelier et avec du coup les questions que je me pose en tant que médecin, je trouve que j'y fais un peu plus attention et je me pose un peu plus de questions”*). A noter également qu'un participant a également expliqué que l'atelier avait permis un rappel des connaissances théoriques acquises pendant l'externat (I11 : *“Ça m'a permis d'avoir un rappel de ce que j'avais eu en formation pendant l'externat”*).

Enfin, les étudiants qui ont participé à l'atelier émettent le souhait d'une formation similaire dispensée à tous les internes (I12 : *“On devrait le rendre obligatoire. Je pense que c'est important. On en a tous. Moi je trouve que cette journée de formation elle devrait être obligatoire dans le sens où elle devrait toucher un maximum du coup de jeunes internes”*). Ils souhaiteraient alors garder ce format proposé en petits groupes (I11 : *“Comme ça l'était, c'était pas mal. Faut le faire en plusieurs sessions pour que tout le monde puisse y passer. ”*).

Somme toute, les participants font preuves de ressources personnelles mais également facultaires par les GEP et la formation proposée par la faculté. Cependant, le premier interlocuteur lorsqu'un étudiant est confronté à un EIAS en stage de médecine ambulatoire reste son MSU. Ce dernier possède donc un rôle fondamental dans la gestion de l'EIAS par l'étudiant.

5) Attentes de l'étudiant vis-à-vis de son MSU

a. En termes de modalités de supervision

Comme cela a pu être décrit précédemment, les modalités de supervisions étaient différentes entre chaque participant. Au moment d'en exprimer leurs attentes, les participants exprimaient des attentes différentes voire avec une certaine ambivalence.

Certains étaient effectivement satisfaits et l'exprimaient spontanément. Ils n'émettaient pas ainsi forcément d'attentes.

I1 : *“les débriefings par mail, ça me convient aussi bien parce qu'il reste complet. Il me pose quand même des questions, il me demande de me questionner et il attend une réponse.”*

I2 : *“il m'a rassuré, on en a discuté, après il laisse la place à mes questions enfin des questions éthiques enfin tout. Et du coup moi ça me va bien.”*

I11 : *“Ça m'allait très bien. Ça me permettait de revoir toutes les situations, elles étaient assez fraîches. Et puis les choses pour lesquelles il n'y a rien à dire de toute façon on le présentait rapidement et voilà.”*

D'autres partagent une insatisfaction parfois prononcée. Certains auraient attendu un contenu plus complet (I4 : *“il me parlait pas forcément des recommandations. En fait, c'était plus du comment dire, de la prescription un peu à l'oeil quoi”*). D'autres auraient attendu un autre mode de rétroaction que celle à l'écrit, déplorant alors une perte d'information (I7 : *“des fois j'avais des questions qui me venaient suite à sa rétroaction écrite. Je lui posais du coup à l'écrit sur le drive mais vu qu'elle retournait pas forcément sur le drive j'avais pas forcément de réponse.”*). Un participant devait effectuer une première supervision alors que son MSU était en présence de patients du fait de consultations de ce dernier en simultané, elle aurait attendu un temps de supervision dédié, au calme et sans tierce personne présente (I8 : *“j'ai toqué dans le bureau de mon Prat ce qui était d'ailleurs assez désagréable (...) j'avais quand même l'impression de le déranger enfin d'interrompre quelque chose”*). Un participant a décrit qu'elle aurait attendu un temps de débriefing plus conséquent (I9 : *“en y réfléchissant c'était parce qu'en fait c'était pas ce que j'attendais de mon maître de stage.”*).

Enfin, il pouvait exister une certaine ambivalence dans les attentes quant à la longueur et la profondeur de la supervision. En effet, certains étudiants considéraient une supervision pour chaque consultation comme plus qualitative.

I5 : *“Je me rends compte a posteriori qu'il y a beaucoup de choses que m'ont apporté des débriefings un peu comme j'ai eu avec X où c'était des débriefings plutôt assez longs et on parlait de plein de*

choses. Et ça a ouvert sur des questionnements que j'aurais pas eu avec les autres."

16 : *"Je pense qu'au tout début c'est nécessaire et indispensables mais il faut l'adapter au rythme de chacun. Malgré tout, ça aide pour la formation."*

Cependant, certains participants qui sont parfois les mêmes que ceux vantant les mérites de la supervision systématique en relève l'aspect chronophage et énergivore.

11 : *"Une fois que ça s'est terminé j'ai hâte de repartir parce que j'ai la route à faire"*

14 : *"On faisait des débriefing vraiment tard et moi je devais rentrer avec les bouchons... donc en fait plus c'était rapide mieux c'était pour moi."*

15 : *"Honnêtement, moi ce qui me convenait mieux en tant qu'interne, c'était le débriefing rapide. J'aimais bien en fait après toute une journée de stage de pas débriefer pendant des heures."*

16 : *"Moi ça m'allait parce que ça m'allait quand c'était rapide car je voulais rentrer chez moi parce que c'était tard."*

La supervision en présentiel au lieu d'une supervision effectuée de manière écrite ou par téléphone a cependant été généralement décrite comme plus adaptée sur le plan humain.

17 : *"je pense que dans cette situation ça aurait été mieux qu'on en parle de vive voix. Déjà pour qu'elle palpe ma réaction suite à ça tu vois. Et qu'on puisse échanger là-dessus."*

110 : *"c'est toujours mieux justement pour la qualité de la relation de se voir en vrai (...) Peut-être qu'il n'aurait pas formulé les choses pareil je sais pas. Le téléphone donne souvent un côté plus froid que de voir les gens en face."*

Certains participants ont exprimé des difficultés à leur MSU (14 : *"Je lui ai dit que c'est pas normal, que c'est la fin du stage et que les patients ils doivent être au courant que c'est moi qui les reçoit."* / 19 : *"Je me suis sentie un petit peu seule du coup. J'ai dû lui expliquer en lui disant « Si c'est grave!"*). Un des MSU en question a essayé d'être attentif aux doléances de son étudiant (19 : *" Elle a plus pris le temps (...). Elle me faisait quand même résumer qu'est-ce que j'avais"*). L'autre étudiant ne rapporte pas de changement après les échanges effectués avec son MSU (14 : *"il m'a dit qu'il l'avait entendu. Et puis la semaine suivante j'ai vu des patients et je leur ai demandé : "Est-ce que vous étiez au courant que c'était moi qui vous recevait ?". Ils m'ont dit "Non" donc ça n'a pas vraiment changé quelque chose pour après."*).

Enfin, un participant, 17, a rapporté des séances de supervisions directes en SASPAS de manière positive.

17 : *"Moi j'ai beaucoup apprécié les temps de consultations pendant mon stage SASPAS où on était trois. (...) c'est moi qui faisait la consult (...) elle (sa MSU) était dans un petit coin de la pièce donc moi j'arrivais à l'oublier parce que je la voyais pas et elle observait en fait la consultation. Et ça j'ai trouvé*

ça vraiment ultra intéressant parce que du coup ça lui permettait de mettre le doigt sur des points de vigilance ou sur des choses que j'ai faites auxquelles j'avais pas forcément fait attention"

Ainsi, il a pu être constaté des attentes différentes voire ambivalentes concernant la forme de leur supervision. Les étudiants ont pu quelques fois exprimer leurs difficultés à leur MSU ce qui n'a pas toujours été l'occasion de changements. Néanmoins, il est fondamental de se questionner également sur le fond de l'accompagnement proposé aux étudiants que ce soit sur le versant psychologique ou pédagogique.

b. En termes d'accompagnement psychologique lors d'un EIAS

En premier lieu, les étudiants attendaient des qualités relationnelles telles que :

- De l'écoute active (I4 : *"j'avais toujours l'impression qu'il ne m'écoutait pas (...) Il rentrait il posait sa valise de visite et puis il restait debout et me demandait s'il y avait des problèmes. Mais voilà le fait qu'il s'assise pas, ça me donnait pas non plus envie de m'épancher"*).
- De l'empathie (I6 : *"Je pense qu'elle était plus dans la panique et dans le stress que dans la réflexion scientifique et dans l'empathie. "*)
- De la bienveillance (I12 : *"c'est un peu comme si je me prenais un savon et que j'étais pas forcément capable d'en placer une et que c'était pas le moment d'en placer une car je me prenais ce savon"*)

Les participants exprimaient également une attente de partage et de reconnaissance de leurs émotions (I9: *"je pense que ça m'aurait plus aidé d'avoir quelqu'un qui ne nie pas ce que je ressente en me disant « Mais non t'inquiète c'est pas grave ! » mais plutôt qu'elle me dise : « Ah bon! Pourquoi c'est grave pour toi ? »"*). Au-delà de pouvoir partager leurs émotions, les étudiants appréciaient lorsque le MSU partageait ses propres EIAS (I4 : *"peut-être qu'il me dise que par exemple l'erreur est humaine, que lui aussi il en a fait des erreurs et qu'on en refera."*).

Pour autant, pouvoir utiliser ces qualités n'est pas toujours possible selon les situations car un MSU reste un être humain avec une faillibilité devant certaines difficultés (I6 : *"Le jour où elle envoie son interne de deuxième semestre, le patient se complique et il décède. C'était dans ce sens-là où j'ai senti qu'elle était stressée et paniquée (...) Je pense qu'elle se sentait un petit peu responsable."*). Un autre participant a alors exprimé le fait qu'il est important que le MSU puisse orienter son étudiant vers une structure adaptée dans ce cas (I11 : *"ça peut être bien que le MSU puisse être disponible pour accompagner l'interne (...) ou qu'il redirige vers du personnel qui puisse le faire."*)

Le souhait de ces qualités relationnelles révèle d'autres aspirations. Les participants attendaient tout d'abord de la réassurance de la part de leur MSU (I7 : *"Vu que moi je m'en voulais, en fait je pense que j'avais besoin d'être un peu rassurée"*). Cette réassurance était désirée afin de pouvoir diminuer le sentiment de culpabilité qui les habitait (I5 : *"Pour le coup moi je voulais qu'elle soit sincère et qu'elle me dise que ça arrive à tout le monde ça m'a fait déculpabiliser d'un coup."*). Il était également attendu par les sujets interrogés une reconnaissance de l'EIAS qu'ils ont vécu en tant que tel (I8 : *"en fait, j'ai pas l'impression que ça l'ait trop traumatisé et il a passé la carte vitale et il a pas vraiment réagi suite à ça"*).

Cependant, il est nécessaire de garder à l'esprit qu'il n'est pas chose aisée pour tous les étudiants de partager ses émotions et que cet accompagnement psychologique peut dans certains cas ne pas être attendu (I2 : *"Ça me va si c'est moi qui l'exprime (...) Tu vois si je suis prête à dire je le dis et sinon j'ai pas envie qu'on me dise (...) « Comment tu t'es sentie à ce moment-là? »"*)

Encore une fois, on remarque qu'il est nécessaire de s'adapter à chaque étudiant même si dans ce travail de recherche, cet accompagnement psychologique a été largement plébiscité par les participants. De ce fait, ces qualités relationnelles permettent ensuite à l'interne de se remettre en question et d'accéder à un autre versant de l'accompagnement, un accompagnement pédagogique.

c. En termes d'accompagnement pédagogique spécifique lors d'un EIAS

Les étudiants attendaient tout d'abord l'avis médical du MSU quant à leur EIAS et à leur prise en charge qui en découlait (I4 : *"J'en aurais attendu qu'il me demande pourquoi est-ce que j'ai fait par exemple telle prescription, qu'il me dise lui pourquoi il aurait été d'accord ou pas d'accord d'ailleurs."*). Le retour de leur MSU quant à leur prise en charge était attendu afin de recevoir soit une validation qui les rassurait (I10 : *"J'ai besoin d'avoir un retour qui me confirme que ce que je fais est plutôt bien. Après ça, une fois que j'ai suffisamment eu ce retour-là, je peux avoir confiance en moi sur du long terme."*) soit de bénéficier d'une analyse des dysfonctionnements présents au sein de la situation (I12 : *"être du coup dans un discours ouvert pour comprendre ce qui s'est passé, pourquoi je me suis trompée parce que du coup l'idée c'est de comprendre qu'est-ce qui m'a amené à cet oubli, à cette erreur"*).

En cas d'erreur, les sujets interrogés appréciaient que le MSU leur propose d'effectuer des recherches afin de ne pas reproduire le même EIAS (I3 : *"c'était le bon schéma derrière pour me forcer à faire un peu de travail de recherche"*). Certains étudiants valorisaient le fait que le MSU les aide à corriger leur EIAS (I10: *"Peut-être éventuellement qu'il me propose lui-même de prendre le relais d'appeler le patient"*

si le patient avait pas pu...”). Cela pouvait procurer en effet du soulagement (I10 : “ça c’était mieux parce que ça a enlevé cette charge mentale que j’avais de penser à ce truc-là.”). D’autres participants ont à l’inverse exprimé le fait qu’il restait encore plus pertinent que l’étudiant puisse corriger lui-même son erreur (I5 : “Je ne l’ai pas revu et ça c’est dommage parce que j’ai pas pu entre guillemets « réparer ma faute »”).

Dans un second temps, les étudiants attendaient également un apport biomédical du MSU (I4 : “c’était ça qui manquait en fait je pense, plus l’apport documentaire plutôt que juste mon expérience personnelle”). En cas de geste technique, un participant a exprimé qu’elle aurait apprécié une supervision directe au moment de refaire à nouveau le même geste (I5 : “si j’avais eu un événement indésirable suite à une pose de stérilet qui s’était mal passé. J’aurais peut-être aimé du coup pour ma prochaine pose que mon praticien soit avec moi pour un peu me rassurer”). Certains sujets interrogés exprimaient également une attente de professionnalisme de leur MSU (I5 : “parfois j’avais besoin qu’elle soit un peu plus neutre enfin pas neutre mais (...) vraiment parfois, j’avais l’impression qu’on parlait comme des copines quoi”).

Tout cela nécessite que les MSU soient à jour des recommandations de bonnes pratiques ; un participant a relevé que ce n’était pas le cas pour le sien (I4 : “je me suis vite rendu compte aussi que dès que j’avais une question en fait au sujet par exemple de pourquoi est-ce que lui il avait une pratique différente...il me parlait pas forcément des recommandations. En fait, si c’était plus du comment dire ... de la prescription un peu à l’œil quoi.”)

On remarque de nouveau qu’il est important de s’adapter aux besoins de l’étudiant. En effet, sur l’échantillon interrogé, un étudiant a exprimé qu’il n’attendait pas un encadrement ou de ressources pédagogiques de la part de son MSU (I9 : “De la part de d’une MSU de manière individuelle, je pense que c’est difficile de demander plus qu’un encadrement personnel comme ça”).

Par conséquent, il a été mis en avant que les étudiants exprimaient des attentes variables en termes de format de supervision, d’accompagnement psychologique ou pédagogique. De ce fait, si le MSU reste le premier interlocuteur de l’étudiant lorsqu’il est confronté à un EIAS, quels sont les enjeux soulevés par la supervision de jeunes médecins et l’impact sur leur devenir ?

d. Enjeux de la supervision du MSU pour l'interne

- **Le troisième cycle des études médicales, un moment clé dans la prise de conscience des EIAS**

Tout d'abord, le troisième cycle des études médicales est souvent le moment où les étudiants prennent conscience des EIAS (I5 : *“quand j'étais externe et que j'ai appris cette définition je voyais pas trop à quoi ça correspondait tandis qu'en tant qu'interne avec du recul tu sais à quoi ça correspond (...) parce qu'on est passés en stage et qu'on a eu des événements comme ça.”*). Ils y sont tous confrontés au cours de ce nouveau cycle, devenant l'acteur principal de la prise en charge du patient.

- **Le MSU, un rôle fondamental dans les capacités de gestion des EIAS des étudiants**

Au cours de cette étude, le MSU a été identifié comme jouant un rôle fondamental dans le vécu (I12 : *“C'est fondamental, c'est fondamental. Ça permet déjà de se décharger émotionnellement, ça permet du coup de comprendre, d'en tirer un enseignement positif plutôt que du coup d'être bouffé.”*) puis la gestion des EIAS des étudiants (I5 : *“l'échange avec le praticien, pour moi c'est le premier truc le plus important parce que c'est dans l'aigu”*). La supervision a de plus été décrite comme l'essence même du rôle de MSU (I12 : *“Parce que c'est le propre même du coup d'un MSU, il est là pour ça en fait, pour nous apprendre.”*), l'apprentissage étant celui de l'étudiant (I3 : *“on est en SASPAS ou en niveau 1 pour apprendre c'est pour ça aussi on peut pas tout savoir que ça soit médical ou relationnel”*).

- **L'importance d'un climat bienveillant pour accompagner l'étudiant**

Au cours de ce travail de recherche, certains étudiants se sentaient à l'aise avec leur MSU et n'avaient aucune appréhension à les solliciter (I11 : *“C'est pour ça que ça se passait bien, j'avais pas d'appréhension à en discuter.”*). En effet, l'importance de se sentir à l'aise dans un climat de bienveillance et d'empathie afin de pouvoir se livrer sans crainte a été rapporté par plusieurs participants (I5 : *“je trouve que le fait de se sentir à l'aise avec son praticien et d'avoir un échange vraiment sincère sur lequel tu peux confier tes doutes c'est hyper important vraiment. C'est hyper important de se sentir à l'aise et d'être dans un climat du coup bienveillant.”*).

L'impression de supervision défaillante pouvait dépendre de l'attitude du MSU dans sa verbalisation des éventuels EIAS ou d'un déséquilibre entre la charge de travail ressentie par l'étudiant versus l'emploi du temps habituel du MSU, sans remise en question de sa part.

I4 : *“comme il y avait un interne SASPAS à côté. Je l'ai déjà entendu plusieurs fois dire : “Qu'est-ce qu'elle m'a fait mince... Elle n'aurait pas dû faire ça.” ou “Elle s'est trompée.” devant le patient”*

I10 : *“c'est arrivé quand même fréquemment qu'on prenne du retard dans la journée donc il me laissait avec une heure de retard et des patients assez compliqués sans me prévenir.”*

I12 : *“Globalement j'avais juste l'impression d'être nulle. Puis elle m'avait bien dit que ça pouvait être*

potentiellement grave, qu'il fallait être plus rigoureux. Au-delà des mots qu'elle employait, c'était le ton qu'elle prenait, la façon dont elle me regardait."

- **La gestion personnelle du MSU concernant les EIAS influence celle des étudiants**

Il a pu être constaté qu'un MSU serein rassurait le participant (I2 : *"Mais vu qu'il est plutôt zen tu vois moi ça me rassure quoi. S'il avait commencé à être paniqué ou des trucs du genre ..."*) tandis qu'un MSU paniqué créait un sentiment similaire chez l'étudiant (I6 : *"Elle était plus dans la panique que dans la réassurance. Du coup, ça m'a fait paniquer plus que rassurer."*)

- **Un impact possible sur la relation étudiant/MSU**

Malheureusement, ces difficultés rencontrées peuvent conduire à une altération de la relation avec le MSU (I12 : *"J'appréhendais du coup les moments de consultation avec la MSU. J'appréhendais de faire une erreur donc en fait je marchais sur des œufs parce que j'avais peur de faire en fait une erreur et de me prendre un savon."*)

Toutefois, la supervision est un tel besoin pour les étudiants que lorsque ces derniers ne trouvent pas d'apaisement avec le MSU concerné, il arrive qu'ils sollicitent d'autres MSU avec qui ils sont plus à l'aise (I12 : *"avec elle c'était tout de suite mieux passer le contact parce qu'elle avait beaucoup d'empathie. Du coup c'était plus simple de me livrer à elle"*).

- **Des conséquences importantes sur la confiance en soi des étudiants**

La confiance en soi peut être alors tout aussi impactée.

I6 : *"Les premières fois j'étais assez frileux de prendre des décisions tout seul sans parler à un chef. Dès que j'avais le moindre doute, je demandais systématiquement au chef par rapport à des prises en charge. J'avais peur de faire des fautes."*

I7 : *"ça, ça m'avait vraiment dévasté quoi... Je m'étais même dit "Tu arrêtes Médecine.""*

I10 : *"comme cette confiance était encore fragile, je pense que ça l'a un peu ébranlé enfin fragilisé"*

I12 : *"J'appréhendais du coup les moments de consultation avec la MSU. J'appréhendais de faire une erreur"*

Cette confiance en soi a pu être améliorée par différents facteurs. Les stages qui succédaient l'EIAS avec de nouvelles situations ont pu permettre à l'étudiant de récupérer cette confiance (I3 : *"en fait je pense que ça a été vraiment que le SASPAS qui m'a aidé à faire ça. Moi j'ai vraiment moins peur de ça maintenant"*). L'aide apportée par le temps qui passe et les retours positifs des patients ont pu être un facteur positif également (I6 : *"Par la suite, avec le temps et avec les nombreux patients, j'ai repris confiance et c'était devenu naturel. J'ai repris confiance avec le temps et avec les prises en charge."*).

IV. Discussion

1) Synthèse des principaux résultats

À l'évocation de la définition d'un EIAS, certains éléments ont été partagés consensuellement par les participants telles que leur fréquence, leur évitabilité, leurs conséquences néfastes et une valeur positive d'apprentissage par l'erreur pour l'amélioration des pratiques. D'autres ont été plus discordants, dénotant des difficultés de définition de ce concept. Ainsi, les dimensions de prévisibilité, de conséquences potentielles ou de natures ont pu être évoqués différemment selon les individus.

Les EIAS rapportés étaient variés, avec un vécu de « gêne », « honte », « tristesse », « stress », « culpabilité », évoquant alors le concept de seconde victime du Professeur Albert Wu.

Si certains étudiants mettent en place des changements constructifs comme la remise en question, la réalisation de recherches personnelles ou l'utilisation de ressources de formation générique, l'accompagnement du MSU reste essentiel. Il reste le premier interlocuteur pour accompagner l'étudiant après la survenue d'un EIAS. Concernant cet accompagnement, les attentes exprimées par les étudiants sont de différentes natures. Au niveau de la supervision, il était attendu une supervision de l'EIAS plus conséquente en termes de temps et de contenu, même si certains participants ont exprimé une ambivalence notable : même s'ils étaient conscients de l'aspect plus qualitatif d'une supervision effectuée pour chacune des consultations, ils en déploraient l'aspect chronophage et énergivore. Au niveau de l'accompagnement psychologique, des qualités humaines de bienveillance, d'écoute active et d'empathie sont attendues afin de pouvoir bénéficier d'une reconnaissance de leur EIAS, d'une réassurance et d'une déculpabilisation. Sur le plan pédagogique, les étudiants attendent de recevoir l'avis de leur MSU quant à leur prise en charge pour pouvoir analyser les dysfonctionnements ayant menés à l'EIAS et si possible corriger ce dernier. Pour autant, quelques étudiants ont pu exprimer des difficultés à partager leurs émotions ou encore l'absence d'attente d'accompagnement pédagogique de la part leur MSU, cela souligne le fait qu'il est nécessaire de s'adapter aux attentes de chacun.

Enfin, l'atelier facultaire « Sécurité du patient » a été évoqué comme source d'aide à la gestion des futurs EIAS tout comme la réalisation des Groupes d'Échange de Pratiques. L'outil de gestion des risques CADYA a été également présenté aux étudiants. Les retours le concernant ont été valorisants, les étudiants le plébiscitant alors pour une utilisation future.

2) Discussion des principaux résultats

L'EIAS, un sujet tabou

Sur les cinquante-quatre personnes contactées, seulement douze entretiens ont pu être réalisés. Vingt-deux d'entre eux n'ont pas donné réponse et quatre désistements ont été constatés. Cela témoigne du fait que les EIAS représentent un sujet "tabou" pour beaucoup d'étudiants et de médecins comme l'avait déjà souligné Éric Galam en 2000 dans *L'erreur, le burn out et le soignant* (8).

En France, ce travail de mise en lumière et de valorisation des EIAS reste récent (9). Ce concept a été introduit dans les années 1990 pour être de plus en plus exploité dans les années 2000 dans le rapport américain, *To err is human : Building a safer Health System* (10), le premier écrit à estimer que le nombre de victimes d'erreurs humaines étaient compris entre 40 000 et 98 000 par an aux Etats-Unis. La sécurité des patients est maintenant un concept pivot des soins depuis les années 2010. Cette difficulté à émerger a pu être expliquée par des obstacles au passage d'une analyse individuelle de l'erreur à une analyse systémique et plus protocolée. De plus, il a été dénoté une euphémisation autour de ce concept du fait d'une part d'un vocabulaire neutre et large ("Évènement indésirable" versus "erreur", "dommage") et d'autre part par la multiplicité des définitions et des taxonomies existant à l'internationale (9). Pour autant, l'étude ESPRIT en 2013 (2) a rapporté qu'un EIAS surviendrait tous les deux jours pour chaque médecin généraliste en soins primaires.

Plus récemment en 2020, Patrick Pessaux et al. ont rappelé que l'EIAS restait un sujet peu abordé par les soignants (11). Cela peut alors relever d'une peur des conséquences et représailles mais également d'un mécanisme de protection (diminution de la culpabilité par l'occultation et l'oubli). De plus, plusieurs facteurs peuvent participer aux difficultés de déclaration des événements indésirables par les étudiants. Il a été notamment expliqué que l'évènement indésirable était plus souvent mis en lumière si l'étudiant n'était pas lui-même responsable de ce dernier (12). En cas de conséquences, les EIAS étaient également d'avantage exposés aux MSU dans une volonté de réparation des dommages (12).

Un concept difficile à définir, en perpétuelle évolution

De plus, au cours de ce recrutement, quinze étudiants ont exprimé ne pas se sentir concernés par le sujet des EIAS en médecine ambulatoire pendant leur troisième cycle. Il est donc concevable que ces derniers sous-estiment la survenue de leurs propres EIAS, ne parvenant pas à les identifier. Il a été également observé lors de la réalisation des entretiens des difficultés de définition du concept de l'EIAS. Dans son travail de thèse d'exercice, le Docteur M. Chanelière (13) soulevait déjà des difficultés similaires. Les quinze médecins interrogés au cours de cette étude présentaient des difficultés à définir certaines notions permettant d'apprécier un EIAS telle que leur gravité, leur nature

(diagnostique/thérapeutique), leur prévisibilité. Cela occasionnait notamment une frontière “ténue” et “floue” entre évènement indésirable et erreur médicale.

Cette difficulté d'élaboration peut également s'expliquer du fait de définitions multiples à l'international. En effet, en octobre 2014 (1), la HAS a rappelé l'existence de vingt définitions au niveau international qui ne seront pas détaillées ici en dehors de celle de l'OMS émise en 2006 qui est “un évènement ou une circonstance qui aurait pu entraîner, ou a entraîné, une atteinte inutile pour un patient.”. La HAS a alors surtout mis en avant l'importance d'une définition unique de l'EIAS pour une meilleure formation médicale ainsi qu'une meilleure identification et analyse de ce concept par les médecins généralistes. Elle a préconisé d'utiliser la définition élaborée par l'étude ESPRIT en 2013 (2) à l'aide de Focus Groupe d'étudiants en DES en Médecine Générale. Celle-ci est : “Un évènement indésirable est un évènement ou une circonstance associée aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas.”.

Au-delà du fait que cette définition puisse être difficile à définir par les étudiants, ce concept tend à évoluer avec l'avancée des étudiants au cours de leur troisième cycle comme l'ont montré dans leurs travaux de thèse respectifs les Docteurs E. Frelat-Ristord (14) et A. Taureau (15). Il existe une amélioration des capacités des étudiants à définir les EIAS et en particulier l'erreur après avoir effectué leurs stages chez le praticien (14), (15). De plus, la représentation de l'EIAS dépend aussi de la notion du “Cursus caché” (15). Effectivement, ce « cursus » ou « curriculum caché » décrit par PW. Jackson (16) est un concept qui exprime qu'en dehors des apprentissages universitaires, il existe toute une dimension de l'apprentissage par les stages effectués, les rencontres professionnelles, les formations annexes ou même les expériences de vie vécues. Ainsi, les étudiants tendent à définir l'EIAS de manière plus juste et précise au fur et à mesure de leur évolution grâce non seulement à l'apport facultaire mais également grâce à celui de ce “cursus caché”.

Le concept de seconde victime

Au cours de cette étude, les étudiants ont fait part de sentiments négatifs tels que de la « gêne », « honte », « tristesse », « stress », « culpabilité ». Ceci fait alors référence au concept de seconde victime établi alors par le Professeur Albert Wu en 2000, dans un éditorial du British Medical Journal (3) relatant le cas d'un de ses confrères : « *Quand j'étais « house officer », un autre résident n'a pas identifié les signes ECG d'une tamponnade péricardique qui aurait dû conduire le patient en urgence en salle d'opérations. La nouvelle a diffusé rapidement, le cas a été jugé de façon répétée par un jury incrédule de « pairs » et le verdict général a été qu'il s'agissait d'incompétence. J'ai été effrayé par l'absence de sympathie et je me suis demandé secrètement si j'aurais pu commettre la même erreur et*

devenir, comme le résident malchanceux, la deuxième victime. » (3)

Le Professeur Wu a ainsi énoncé que derrière chaque patient victime d'un EIAS, il existait une seconde victime, le soignant. Cette seconde victime peut alors ressentir des sentiments de honte, culpabilité, colère, anxiété, doute de soi, trouble de la concentration et de mémoire. Il évoquait alors des conséquences psychiques de gravité variables tels qu'une blessure importante, un état dépressif, un épuisement professionnel, l'apparition de conduites addictives, une remise en cause de la profession jusqu'au suicide de la seconde victime. Une perspective proposée d'amélioration pourrait être alors un développement de la compétence émotionnelle par des changements institutionnels et éducationnels (17).

Les impacts des EIAS chez les étudiants de troisième cycle sont de même nature avec notamment la description de ruminations et reviviscences pouvant traduire l'existence d'un psychotraumatisme (4). Dans cette étude menée par le Docteur E. Venus (4), 93% ont été au moins moyennement marqués par leur EIAS, dont près des deux tiers fortement ou très fortement marqués. Cela pouvait ainsi conduire l'interne à déprécier et à douter de ses capacités en remettant en cause sa pratique dans un contexte de vigilance accrue voire excessive comme l'a exposé le Docteur P. Rederon (18).

Les médecins généralistes plus expérimentés et installés rapportaient également des sentiments de "culpabilité", "stress", "colère", "anxiété", "tristesse", "regret" ou de "peur"(13).

Certains de ces travaux de recherches ont également été repris et mis en lumière par Éric Galam dans L'erreur médicale, le burn-out et le soignant (8) où a été étudié l'impact des erreurs médicales sur la pratique professionnelle, sur les rapports du soignant avec ses conséquences sur la vie personnelle des secondes victimes.

De plus, ces sentiments négatifs peuvent induire une diminution de la confiance en soi (19). Un travail de recherche mené par le Docteur L. Morlhon a montré que les étudiants décrivant un gain de confiance en soi, se sentent plus à l'aise, plus épanouis et ressentent leurs capacités de soin s'accroître. En revanche, la sensation de perte de confiance en soi entraînent des sensations de stress récurrent, des pensées négatives d'autodépréciation jusqu'à l'apparition d'un syndrome dépressif et un sentiment de perte de légitimité. Il est alors possible de supposer que cette perte de confiance en soi, pouvant être causée par un EIAS, puisse causer une telle altération de la santé mentale des étudiants qu'ils deviennent alors plus susceptibles d'être de nouveaux des secondes victimes d'EIAS.

Des stratégies personnelles d'adaptation face à l'EIAS ou comment apprendre de ses erreurs

Les EIAS peuvent être sources de sentiments négatifs aux conséquences désagréables. Cependant, leurs répercussions pourraient aussi être plus positives. Au cours de ce travail de recherche, certains participants ont exprimé une valeur positive d'apprentissage de l'erreur et de modification des pratiques futures. Le Professeur Wu a pu observer lors d'une étude (20) des stratégies de changements constructifs tels qu'une vigilance accrue, une vérification de la validité de la prise en charge, des demandes de conseils à des pairs et la réalisation de recherches. Ces stratégies étaient moins mises en place si l'étudiant considérait que l'erreur s'expliquait du fait d'une trop grande charge de travail imposée. Des stratégies défensives avaient également été observées en cachant les erreurs commises ou en évitant les situations similaires à l'avenir. Ces stratégies de subtilisation ou d'évitement étaient plus fréquentes si le résident se sentait jugé par l'institution.

Plus tard, les Docteurs E. Venus (4) et L. Bergez Kostek (21) se sont intéressées aux solutions des internes de médecine générale picards concernant la gestion de l'erreur médicale. Ces travaux mettent en avant comme celui du Professeur Wu des capacités de résilience (correction immédiate, prise de responsabilité, présentation d'excuses), une valeur positive d'apprentissage mais également une remise en question et une modification des pratique (vigilance accrue, rigueur renforcée, augmentation des formations). Toutefois, des stratégies de défense ont là aussi été observées. Des mécanismes de protection existaient par la minimisation de l'erreur ou la mise en avant de conditions de travail défavorable et d'une surcharge de travail (4). Les étudiants pouvaient également effectuer des vérifications excessives en perdant du temps, développer une peur de l'erreur et effectuer des examens complémentaires non justifiés (21). L'appel du sénior était décrit à la fois comme défensif en étant systématique par crainte de l'autonomie(21) ou constructif consistant alors en une vérification finale après avoir effectué des recherches (4), (21).

Des outils de gestion de l'EIAS peu cités et pourtant essentiels

Dans ce travail de recherche, les participants ont été interrogés quant aux outils qu'ils utilisaient pour faire face aux EIAS. Quand certains évoquaient des stratégies d'adaptation personnelle, aucun d'entre eux n'a cité d'outils de gestion des risques (méthode ALARM, outil CADYA, Makeham, Classification des Tempos ...). Toutefois, il faut nuancer car certaines modalités telle les Revues de Morbi-Mortalités (RMM) ont été citées par quelques participants. Les RMM, comme les Comités de Retour d'EXpérience (CREX), sont des méthodes de retour d'expérience où il est possible de revenir sur un cas précis à l'origine d'un EIAS (pour les RMM) ou de réfléchir à ses pratiques et méthodes d'organisations (pour les CREX).

Ces réunions d'analyse systémique peuvent s'appuyer sur la méthode ALARM (Association of Litigation And Risk Management), créée par un groupe coopératif de recherche anglais, dirigé par Charles Vincent en 1999 ou encore l'outil CADYA (CATégorisation des DYsfonctionnement en Ambulatoire) par le Docteur Marc Chanelière.

- **La méthode ALARM**

La méthode ALARM est une méthode d'exploration systémique de l'EIAS, c'est la plus utilisée dans le domaine de la santé. Elle permet comme le souligne l'HAS (22) d' « à partir de l'identification de la ou des causes immédiates d'un évènement, de rechercher les facteurs contributifs à la survenue de ces erreurs pour les corriger en installant des barrières. ». Sa méthode permet d'être systématique et de visualiser l'ensemble des facteurs ayant menés à l'EIAS.

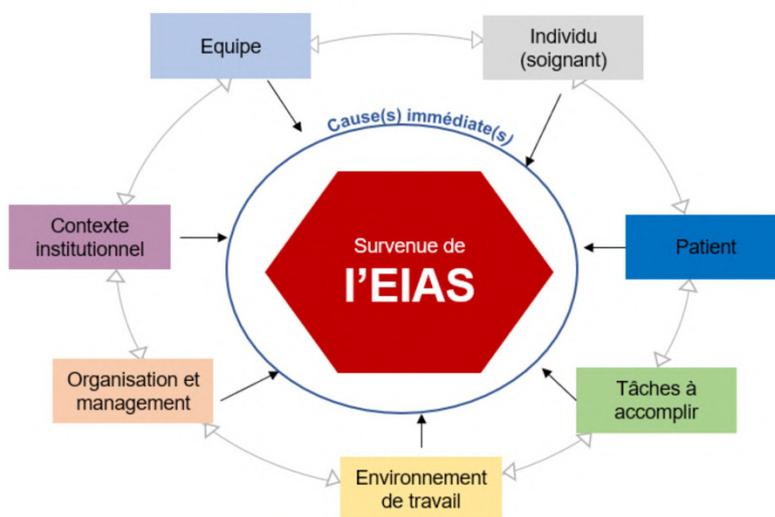


Figure 1 : Illustration de la méthode ALARM extrait du Guide de l'HAS « L'analyse des Évènements indésirables Associés aux Soins »

En 2016, ALARM est devenue ALARM-E, "E" pour Extended. Effectivement, quatre changements ont été notifiés :

- L'expérience du patient doit être prise en compte pour l'analyse de l'EIAS
- La temporalité de l'EIAS doit être étendue à l'ensemble de l'épisode de soin et non seulement au moment du déroulement de l'EIAS même
- Il doit être porté plus d'attention au contexte global du déroulement de l'EIAS (exemple : ambulatoire / hospitalier)
- Prise en compte de la détection et de la récupération par la mise en avant de l'analyse des barrières de sécurité

Ces barrières de sécurité peuvent être de deux ordres : de *prévention* (s'opposent aux causes des EIAS), ou de *protection* (barrière de récupération, annule les conséquences / barrière d'atténuation, limite les conséquences d'un EIAS).

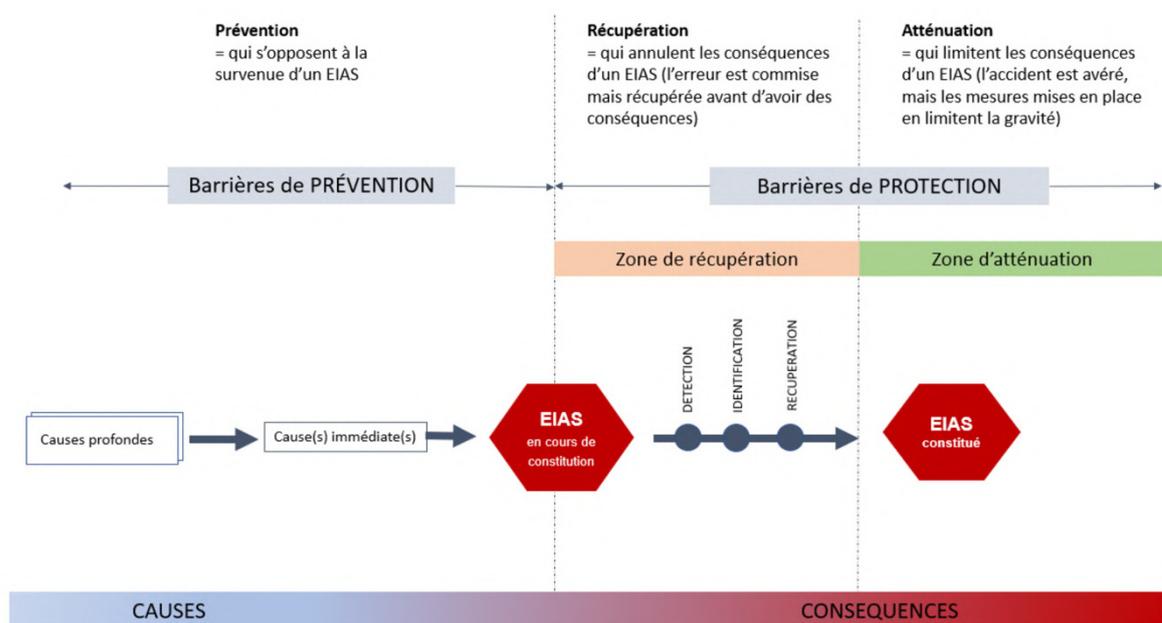


Figure 2 : Les barrières de prévention et de protection des EIAS selon la méthode ALARM-E

- **L'outil CADYA (22)**

CADYA est un outil créé par le Docteur M. Chanelière en 2011. Cet outil se veut dans la lignée de ceux utilisés en aéronautique ou dans l'industrie à risque. Après avoir identifié les facteurs latents aux EIAS, les facteurs contributifs à tous les professionnels de santé, le Docteur Marc Chanelière a utilisé une approche heuristique pour créer cet outil qui se veut synthétique pour un souci de lisibilité et d'apprentissage. Il est disponible sous deux formes : une forme organigramme et une forme de tableau/grille (Annexe 5). C'est donc un outil adapté aux Revues de Morbi-Mortalité PluriProfessionnelle Ambulatoire (RMMPPA) et ce notamment dans sa forme organigramme permettant d'observer rapidement un nombre important de facteurs de dysfonctionnement. CADYA se distingue ainsi en octroyant une dimension particulière aux facteurs humains du fait de son importance en soins primaires. En outre, il permet l'analyse d'une procédure de soin et de processus cognitifs ce qui fait de lui un outil adapté également à la pratique de l'enseignement. Cet outil a été utilisé dans un travail de recherche (23) permettant d'affirmer sa validité en analysant les EIAS de l'étude ESPRIT (2).

Ainsi, ces deux modèles sont en lien avec l'analyse systémique du modèle de James Reason (24) (« Swiss Cheese Model ») (Annexe 6) mis en place à la fin des années quatre-vingt avec Dante

Ortandella. Ce dernier montre ainsi que l'EIAS survient non pas du fait d'une seule circonstance mais du fait de la succession de facteurs de dysfonctionnement laissant ainsi l'EIAS passer à travers les barrières de récupération possibles.

L'enseignement facultaire : un potentiel à exploiter

- **Les Groupes d'échange de Pratique (GEP)**

Les étudiants interrogés au cours de cette étude ont parfois spontanément relié la gestion de leur EIAS aux Groupes d'Échange de Pratique. Les apports des GEP cités par ces derniers étaient nombreux. Ils exprimaient un apport humain avec de l'écoute, de la bienveillance, de la réassurance mais aussi pédagogique avec une remise en question et un apport de connaissances biomédicales.

Les travaux de recherche du Docteur O. Martin (25) le Docteur C. Favier (26) exprimaient déjà cela dans leurs travaux de recherche. Les GEP étaient décrites comme permettant de "briser la solitude", de "dédramatiser l'erreur" dans une ambiance d'écoute et de partage. Cela permettait dans un premier temps, grâce aux partages d'expérience, une remise en question, une formation continue sur le savoir-faire mais aussi le savoir-être. Les étudiants décrivaient alors se sentir moins seul, se reconnaissant parmi leurs pairs, offrant ainsi une déculpabilisation.

Dans le même esprit d'intérêt porté aux GEP, le Docteur Guillaume Eichinger en 2016 (27) a réalisé une étude au format particulier. Il s'est intéressé à la mise en place de RMM lors de GEP. Après s'être présenté lors d'une GEP "classique", il a proposé au groupe de réaliser selon un protocole donné une RMM lors de la prochaine séance puis s'en est suivi un entretien semi-dirigé individuel avec chaque participant. Les étudiants interrogés ont alors exprimé une satisfaction de cette proposition de RMM en GEP du fait du format en petits groupes dans un cadre pour autant formel, la considérant comme plus profitable qu'un GEP "classique".

Dans l'ensemble de ces études (25) (26) (27) un apport pédagogique et un apport plus émotionnel étaient décrits par les sujets interrogés. Une étudiante avait alors évoqué un but "anxiolytique" et un autre d' "apprentissage"(27).

En effet, sur le plan pédagogique a été cité l'intérêt du partage d'expérience avec anticipation des difficultés futures et la mise en place de barrières de prévention.

Sur le plan émotionnel était mis en avant le besoin de discuter, de partager ses difficultés. Cela apportait alors un sentiment de déculpabilisation avec un effet cathartique, rapporté à de la "psychothérapie" par un participant (27). Cela permettait également de réaliser le côté faillible de la médecine et du médecin. Un étudiant (27) avait alors réalisé un parallèle avec les Groupes Balint établis

pour les médecins généralistes installés. Les étudiants ressentent donc aussi ce besoin de partage de difficulté alors qu'ils étaient d'autant moins bien armés par leur inexpérience pour faire face aux EIAS.

De la même manière, le Docteur M. Chanelière a décrit l'intérêt des Groupes d'Analyse des événements indésirables dans son livre Prendre soin des patients en toute sécurité (28). Ces groupes s'apparentent à des GEP dans leur format avec un concept pour autant différent. Encadré par un leader, chaque participant du groupe doit apporter un EIAS inscrit sur une fiche déclarative au préalable et le présenter au groupe en prenant soin d'en préciser le contexte global. Cela permet ainsi d'en analyser les dysfonctionnements dans un climat qui doit être convivial pour ensuite proposer des mesures correctives.

- **Au niveau facultaire, l'atelier optionnel « Sécurité du Patient » à l'Université Lyon Est**

Cet atelier est encadré par le Professeur T. Farge et le Docteur M. Chanelière. Cet atelier se déroule avec une quinzaine d'étudiants où chacun, après avoir pris connaissance de documents déposés sur la plateforme universitaire de Lyon 1 Claroline Connect, doit apporter une situation d'EIAS à l'aide d'un modèle de fiche déclarative jointes aux documents (Annexe 4). Après un moment de rappel théorique concernant les notions de bases des EIAS, chaque étudiant était invité à exposer aux autres un EIAS qu'il aurait vécu ou dont il aurait été témoin à la lumière des Groupe d'Analyse des événements indésirables décrits par le Docteur M. Chanelière(28). Les quatre participants de ce travail de thèse y ayant assisté rapportaient des propos positifs le concernant avec des apports similaires de ceux se rapportant aux GEP.

Ces propos se rapprochent également de ceux retrouvés dans la littérature. En 2016, le Docteur E. Teurnier (29) a étudié l'impact de l'enseignement « Erreur médicale : analyse, impact, gestion » de l'université Paris Diderot sur les internes de médecine générale. Cette formation obligatoire se constituait d'une séance "aller" abordant les notions théoriques et d'une séance "retour" qui consistait en une discussion ouverte autour d'un cas d'EIAS entre internes et enseignants. La séance retour a été plus appréciée et a été décrite dans les mêmes termes que l'atelier de formation proposée à l'Université Lyon 1. De plus, certains étudiants de cette étude regrettaient le côté théorique de la séance "aller", du fait qu'ils avaient la sensation de déjà connaître les notions abordées. Pourtant, nous avons pu voir précédemment que la notion d'EIAS pouvait être difficile à maîtriser par les étudiants. Une formation similaire non obligatoire à Nantes existe et demeure appréciée également des étudiants (25).

Ces ateliers ont été dépeints comme permettant de libérer la parole des étudiants et ce dans une ambiance bienveillante en apportant des éléments positifs. Cela a pu permettre de relativiser les EIAS, de diminuer un sentiment de solitude et de culpabilité. Ils ont également favorisé un travail de réflexion

avant le cours (en incitant les participants à prendre du recul par rapport à leurs EIAS) et pendant le cours par l'évocation de pistes de réflexions quant à des éventuelles améliorations. Cela faciliterait d'une autre manière les échanges à venir autour de l'erreur (29).

L'aspect des attentes des internes, une problématique peu explorée dans la littérature

- **Rappel autour du cadre institutionnel**

Tout d'abord, il est essentiel de rappeler ce qui est attendu des étudiants en troisième cycle des études médicales et des MSU.

L'arrêté du 12 avril 2017 portant sur l'organisation du troisième cycle des études de médecine le précise et ce notamment en termes de sécurité des soins (30) :

“En tant qu'acteur de santé publique, il tient compte des priorités nationales de santé publique. Il acquiert une culture en qualité et sécurité des soins, mise en pratique au sein des structures de soins. Il contribue ainsi à la bonne gestion des ressources, à l'efficacité et à l'efficience du système de soins et à l'amélioration de l'état de santé global des patients et des populations.”.

Quant à lui, le MSU voit ses missions définies dans une charte rédigée initialement au niveau national par le CNGE puis diffusée dans les différentes Unités de Formation et de Recherche (UFR) en dépendant. Celle présente sur le site du Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants (CLGE) (31) présente le MSU comme un modèle médical et professionnel. Elle définit ainsi les conditions nécessaires à l'obtention d'un agrément du statut de MSU, valable cinq ans :

- Être installé depuis 1 an pour l'accueil des externes et 3 ans pour l'accueil des internes
- Avoir déjà reçu des étudiants en stage praticien niveau 1 pendant une année pour l'obtention d'agrément dans le cadre du stage SASPAS
- Avoir assisté à une première formation de deux jours sur l'accueil des étudiants et s'engager à se former annuellement concernant son rôle du MSU
- Dans le cadre des stages PFEA, s'assurer que l'étudiant puisse assister à au moins 50% de consultations en lien avec la pédiatrie et/ou la gynécologie

Le MSU s'engage ainsi à la disposition par l'étudiant de deux demi-journées de formation par semaine. Il doit pouvoir proposer également un encadrement dans la réalisation de travaux d'écrits clinique en lien avec le stage. De plus, il doit fournir un tableau de service à l'étudiant tel que défini dans l'Article R6153-2-2 du Code de la Santé Publique (32). Enfin, il doit être présent physiquement dans le cabinet en cas de stage praticien niveau 1. Exceptionnellement, un autre MSU agréé présent dans la structure de soins en charge de son encadrement en stage peut remplacer le MSU responsable de l'interne lors

des consultations en autonomie. Le rôle de MSU est donc complexe et ses missions chronophages.

La Charte Nationale des MSU éditée par le CNGE prévoit également un nombre maximum de consultations par jour à effectuer pour l'interne selon son niveau d'avancement dans le troisième cycle. Concernant les visites à domicile, elles doivent être soumises à l'accord de l'étudiant et se situer à 15 minutes du MSU (ou 30 minutes en cas de stage SASPAS). En cas de stage praticien niveau 1, l'étudiant doit s'être déjà rendu sur le lieu de la visite à domicile avec son MSU précédemment. Le nombre d'actes de l'interne réalisés en autonomie est également encadré (allant de 500 actes maximum par semestre pour un stage niveau 1, 800 actes maximum par semestre pour un stage PFEA et 1500 actes maximum par semestre pour un stage niveau 2).

- **A propos des attentes des étudiants**

Concernant les attentes propres des étudiants vis-à-vis de leurs MSU, peu de travaux de recherches sont présents dans la littérature (21), (25), (29).

- En termes d'accompagnement psychologique

Il était attendu un soutien moral quand l'EIAS pouvait entraîner une baisse de la satisfaction au travail et des doutes personnels importants (25). Pour se faire, plus de disponibilité et d'empathie étaient attendues pour un débriefing de meilleure qualité et un suivi ultérieur adapté (25). A l'inverse, les étudiants déploraient le manque de soutien et la possible culpabilisation des MSU envers les internes (21). Ils attendaient donc une reconnaissance de leurs difficultés en tant qu'interne (nécessité d'adaptation permanente, situation de doute plus présente par leur inexpérience...) devant un sentiment d'un devoir d'infailibilité. Il était souhaité également que les MSU fassent preuve de bienveillance dans une absence de jugement quand certains étudiants rapportaient des propos humiliants voire méprisant à leur égard lors de la supervision d'EIAS (29).

Des freins à dialoguer avec le MSU ont été décrits (29). Ces derniers s'expliquent par des difficultés à s'épancher sur des sentiments personnels. Les MSU n'étaient en effet parfois pas considérés comme la même écoute que celles des co-interne, des amis, de la famille. Il était également rapporté un décalage de ressenti dans certaines situations où le MSU ne réagissait pas aux difficultés de l'interne, ne percevant pas de problématique dans la situation donnée.

- En termes d'accompagnement pédagogique

Ils étaient attendus une analyse systémique de la situation avec une approche réflexive pour comprendre d'une part comment la situation s'est produite et comment éviter qu'elle ne se reproduise (21)(25).

De manière similaire à ce travail, il a été noté la nécessité de s'adapter au niveau et au tempérament de chaque étudiant (25). Quand l'un d'entre eux est trop sûr de lui avec une confiance en lui jugée excessive sans possibilité d'auto-critique, il est important pour le MSU de l'aider à adopter une posture réflexive. A l'inverse en cas d'étudiant emprunt aux doutes et traversant des sentiments très désagréables pouvant aller jusqu'au syndrome dépressif, un accompagnement est essentiel afin d'apporter une déculpabilisation. Cela fait référence également à l'effet Dunning-Kruger (33) (Annexe 7) où il est émis l'hypothèse que les personnes les moins compétentes sont celles qui développent le plus de confiance en elle. Une formation serait alors nécessaire pour les aider à faire preuve d'autoréflexivité.

- Au niveau facultaire

Les étudiants attendaient de la faculté de proposer des formations complémentaires aux MSU afin qu'ils y soient sensibilisés (25). Le Docteur O.Martin soulignait alors la difficulté à superviser un EIAS en cas de sentiment pour le MSU d'état post-traumatique ou de sentiment de seconde victime persistant après un EIAS vécu personnellement. Il paraît ainsi primordial que les MSU soient bien formés à la gestion personnelle et pédagogique des EIAS avec leurs étudiants.

De ce fait, même si peu de travaux existent dans la littérature concernant les attentes propres des étudiants, les études menées au préalable retrouvent des résultats similaires à ceux réalisés dans ce travail de thèse.

• **Le MSU, un rôle clé dans la construction des capacités de gestion des EIAS des étudiants**

Un travail de recherche portant sur l'analyse des ressources pédagogiques des maîtres de stage dans la supervision d'un évènement indésirable de l'interne a été mené par le Docteur Aude Lagarde (5) auprès de douze MSU dans la région Auvergne-Rhône-Alpes en 2017.

Le Docteur Lagarde est partie du même postulat à savoir que le MSU demeure un modèle pour l'étudiant, il était donc essentiel d'analyser leurs capacités de gestion de l'EIAS.

- L'aisance du MSU autour du sujet des EIAS

Quand il s'agissait d'aborder la question de l'EIAS avec l'étudiant, il pouvait exister une difficulté à aborder l'EIAS avec lui, et ce parfois dans une volonté de protection de ce dernier. Cela pouvait alors représenter un obstacle pédagogique, reflétant leur propre peur des EIAS d'autant plus que tous les médecins sont confrontés un jour aux EIAS. D'autres MSU au contraire parvenaient à briser le "tabou" autour de l'EIAS pour en parler avec l'étudiant et lui en transmettre les notions principales. Il était alors

plus facile d'en parler à l'interne si le MSU en parlait régulièrement avec ses pairs.

- La gestion de l'EIAS

Le Docteur Lagarde s'est intéressé à la gestion même de l'EIAS par le MSU lorsque leurs étudiants étaient concernés :

→ Avant l'EIAS : certains MSU expliquaient apprécier la situation clinique globale pour ne pas mettre l'interne dans une difficulté trop importante.

→ Pendant l'EIAS, il avait été décrit un sentiment de peur et de gêne. Les MSU agissaient soit en amont pour prévenir l'erreur soit laissaient la liberté à l'étudiant de commettre

→ Après l'EIAS, une prise de recul était décrite comme souhaitable avant la supervision afin d'apaiser la situation et la discussion à venir. Certains MSU essayaient de laisser l'interne réaliser sa propre erreur, voire de la rattraper dans certains cas (ex : rappel du patient).

- L'importance décisive de la supervision

La supervision décrite par les MSU lors de cette étude (5) se réalisait sous différents modes (en présentiel, à l'écrit, au téléphone) et se voulait approfondie et complète. Son but était d'aider l'étudiant à analyser la situation et de réfléchir à des changements. L'attitude bienveillante du MSU était alors importante pour dédramatiser l'EIAS. Cela représentait une aide à la résilience pour l'interne. Les émotions négatives telles que la colère plus ou moins violente des MSU selon les situations rapportées étaient un frein pédagogique obligeant l'interne à modifier ses pratiques mais sans pour autant comprendre l'EIAS qui venait de se produire. La question de la compétence émotionnelle est donc essentielle et rappelle la nécessité de prendre un temps de recul avant la réalisation d'une supervision. L'attitude du MSU lors d'un EIAS est alors décrit comme un "signal fort". Les outils accompagnant le MSU dans sa supervision de l'EIAS était la Marguerite des Compétence (Annexe 8) et la grille CADYA (Annexe 5). Ce dernier était alors décrit également dans ce travail comme un outil de réflexion, de discussion autour des EIAS pour en structurer l'analyser. Son côté visuel et sa neutralité pédagogique étaient aussi appréciés.

• Une proposition d'outil à l'international pour évaluer les supervisions et les améliorer

Une étude menée par Martin Lägervik en 2022 a présenté le modèle de rétroaction de supervision EFFECT (34). Cet outil, a été développé initialement aux Pays-Bas, dans 3 hôpitaux et 50 centres de santé ambulatoires. Son but était de décrire les forces et les améliorations possibles de la supervision. Les trois plus grandes forces de la supervision citées étaient le rôle modèle du sénior, sa disponibilité et son soutien. L'amélioration principale proposée était sur la dispensation de la supervision et la

rétroaction effectuée également du résident vers son superviseur dans son rôle d'encadrement. Il conclue que ce modèle améliore la supervision mais que toutefois, ceci n'est possible qu'en travaillant ensemble dans le même espace géographique et espace-temps. Il note un besoin de former les séniors à la supervision, la nécessité d'utiliser des temps de planning dédié à cela dans un environnement "sécuré" sans crainte de jugement.

3) Forces et limites de cette étude

a. Originalité de l'étude

- **Concernant la thématique de l'étude**

Tout d'abord, il n'a pas été retrouvé de travail similaire dans la littérature nationale et internationale concernant les attentes des étudiants vis-à-vis de leurs MSU lorsqu'ils sont confrontés à un EIAS. Même si certains travaux de recherche l'abordaient en partie, la problématique de l'accompagnement des étudiants par le MSU n'était pas au premier plan.

De plus, ce travail de recherche s'inscrit dans une thématique non suffisamment explorée dans le monde de la recherche. En effet, le domaine de l'erreur est valorisé dans certains corps de métiers tel que celui de l'aéronautique où la « culture du juste » (35) est prépondérante. La « culture du juste » est définie comme « une culture dans laquelle les agents de première ligne ou d'autres personnes ne sont pas punis pour leurs actions, omissions ou décisions lorsqu'elles sont proportionnées à leur expérience et à leur formation, mais dans laquelle les négligences graves, les manquements délibérés et les dégradations ne sont pas tolérés. ». Toutefois, les travaux mettant en avant la valeur positive de l'erreur dans le monde médical sont récents et encore relativement peu nombreux même si cela tend à s'améliorer depuis une quinzaine d'années. Cette étude s'inscrit donc dans une réelle volonté d'enseignement de la faculté d'optimisation des capacités de gestion de l'EIAS par les étudiants. Cette dernière a également montré au fil des entretiens réalisés que le partage de l'erreur avec son MSU mais également avec ses pairs dans un second temps présentaient de nombreux apports avec au-delà de l'apport pédagogique une vertu thérapeutique. Il est donc essentiel d'apprendre également aux étudiants, futurs médecins généralistes de demain dans une société libérale où le travail en groupe devient prépondérant, de repérer leurs collègues lorsqu'ils sont des secondes victimes d'un EIAS.

- **Concernant la méthode de recherche :**

L'utilisation d'entretiens semi-dirigés permet en effet une exploration du thème abordée de manière ouverte limitant la perte de données recueillies. Leur réalisation est également adaptée à l'exploration

des attentes des étudiants, la parole délivrée étant plus authentique et plus libre.

La triangulation des données par le directeur de thèse et une étudiante extérieure au travail de recherche, ayant également analysé plusieurs entretiens, a permis une meilleure exploitation des données et une meilleure validation de ces dernières.

b. Limites de l'étude

- **Concernant la thématique de l'étude**

Les difficultés de recrutement avec les nombreux refus ont notamment allongé la durée de l'étude.

- **Concernant la méthode de recherche**

Du fait de la méthode de recrutement par convenance, l'investigatrice connaissait certains participants avant la réalisation de l'entretien. Cela a pu créer un biais de désirabilité, les participants souhaitant renvoyer une certaine image d'eux-mêmes à l'investigatrice. Néanmoins, cela a permis de recueillir des opinions diverses dans le cadre de ce travail qualitatif. Les niveaux d'avancement des participants au sein du troisième cycle et le stage dans lequel l'EIAS s'était produit étaient également variés.

Un biais de mémoire inhérent à la réalisation de ce travail de recherche a pu être observé du fait d'une certaine période entre la survenue de l'EIAS et la réalisation de l'entretien.

De plus, il a été volontaire de laisser le choix libre aux participants du lieu et de l'horaire souhaités afin de participer à l'étude. Même si la réalisation d'entretiens en visio-conférence a pu induire de la perte d'informations notamment non verbales, cela a pu permettre également aux étudiants interrogés de se sentir plus à l'aise et en sécurité pour partager des événements de vie difficiles.

- **Concernant l'investigatrice**

L'investigatrice réalisant son premier travail de recherche, la réalisation d'entretiens semi-dirigés dans ce contexte a été une nouveauté et un apprentissage constant. Ainsi, une amélioration continue de la qualité des entretiens a pu être observé. Toutefois, il est vraisemblable qu'une perte d'informations ait pu se produire concernant les premiers entretiens réalisés.

4) Perspectives

Il a été exposé à plusieurs reprises au cours de ce travail de recherche le rôle clé du MSU, modèle pour l'étudiant, qui se trouve être le premier interlocuteur en cas de survenue d'un EIAS. Il semble donc essentiel de proposer des formations régulières aux MSU autour du thème de la sécurité du soin et plus précisément l'accompagnement de l'étudiant lorsqu'il est confronté à un EIAS. Le Docteur Aude Lagarde (5) a analysé les apports d'une formation dispensés aux MSU de l'Université Lyon 1 dans son travail de thèse. Cette formation a été décrite comme un outil personnel de résilience ayant permis aux MSU de potentiellement "se réconcilier avec l'évènement indésirable" par une prise de conscience des EIAS et une aisance plus importante pour la supervision de ces derniers avec l'étudiant. Les principaux messages retenus étaient que la rétroaction est essentielle et qu'il est important de remettre en question sa pratique en présence de l'étudiant (ex : importance des supervisions systématiques pour toutes les consultations réalisées même en cas de degré important de confiance accordé à l'étudiant). Enfin, ils décrivent cette formation comme une formation qui se veut continue, et à réitérer régulièrement. Il est donc suggéré dans ce travail de recherche de proposer de manière systématique et régulière ce type de formation à l'ensemble des MSU en rendant obligatoire la participation à au moins une d'entre elles. Dans ce sens, il peut être proposé une utilisation plus systématique de CADYA sur des temps de supervision dédiés. CADYA a été apprécié et plébiscité par les participants de cette étude qui ont apprécié sa neutralité pédagogique pour une meilleure analyse des dysfonctionnements ayant menés à l'EIAS. Cet outil, testé à grande échelle sur l'ensemble des résultats de l'étude ESPRIT en 2014 (23), est pratique d'utilisation et adapté à l'accompagnement des étudiants.

De plus, en dehors de l'importance capitale du rôle du MSU, la formation facultaire des étudiants est un autre déterminant majeur de leur capacité de résilience et de gestion des EIAS. Les apports des formations à la faculté de Lyon, de Nantes (25) ou de Paris (29) ont été cités précédemment. Ces ateliers sont largement appréciés des étudiants et à Nantes comme à Lyon ; au cours de cette étude, il a été exprimé par les étudiants que ces ateliers, non obligatoires, devraient être dispensés à tous les internes. Effectivement, étant donné la fréquence importante des EIAS, il semblerait judicieux de proposer une Journée d'Étude obligatoire autour du thème de la sécurité des soins. Les GEP ont également été cités comme des lieux propices d'échange autour des EIAS. De ce fait, le travail de recherche du Docteur Guillaume Eichinger (27) confirme l'intérêt de réaliser des GEP dédiées autour de la sécurité des soins à la lumière de la réalisation de RMMPPA.

Ensuite, du fait du caractère fréquent des EIAS et de la préoccupation des facultés concernant l'enseignement autour des EIAS, il peut être proposé de rajouter aux familles de situation préexistantes en Médecine Générale (36) une famille de situation concernant la sécurité du soin portant sur la venue d'un EIAS, sa gestion, ses implications voire les conséquences parfois médico-légales. Ce domaine de sécurité des soins, actuellement enfouie dans la compétence Professionnalisme de la Marguerite des Compétences (Annexe 8) pourrait être mis ainsi plus en avant. En effet, cela serait permettrait que chaque étudiant produise un récit réflexif autour d'un EIAS, l'incitant alors à prendre du recul sur sa capacité de gestion d'un EIAS au moment de l'obtention de son DES.

Enfin, il est primordial de rappeler l'importance du « curriculum caché ». En effet, si la formation universitaire constitue une base solide aux étudiants, il existe comme cela l'a été expliqué précédemment toute une dimension pratique d'apprentissage caché lors des stages effectués et ce notamment grâce aux rencontres professionnelles réalisées. Le Maître de Stage Universitaire possède donc un rôle crucial puisque ses capacités d'accompagnement humaines et pédagogiques au travers notamment des supervisions seront déterminantes pour la résilience des étudiants lorsqu'ils seront confrontés à un EIAS.

V. Conclusions



Nom, prénom du candidat : SIMON Elodie

CONCLUSIONS

Les Évènements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) sont fréquents en soins primaires ; les étudiants en DES de médecine générale y seront confrontés. Ces situations les exposent potentiellement à des conséquences psycho-émotionnelles importantes comme l'a exposé le Docteur Albert Wu avec son concept de seconde victime en 2000.

Lorsqu'un EIAS survient pendant un stage ambulatoire, les étudiants bénéficient de l'accompagnement du Maître de Stage Universitaire (MSU). L'objectif principal était de décrire les attentes des étudiants de médecine générale en matière d'accompagnement par leur MSU après la survenue d'un EIAS.

Pour y parvenir, une étude exploratoire qualitative a été réalisée auprès d'étudiants en cours d'obtention du DES de médecine générale à Lyon (ou obtenu depuis moins d'un an), au moyen d'entretiens semi-dirigés. Une analyse thématique des entretiens retranscrits et pseudo-anonymisés a été conduite, avec regroupement des occurrences en thèmes et sous thèmes, à l'aide du logiciel Atlas Ti©. Une triangulation des données avec participation d'un tiers extérieur a été effectué.

Douze étudiants ont été interviewés et ont tous rapporté au minimum une situation vécue comme un EIAS. Concernant cette notion, plusieurs éléments communs sont distingués tels que leur fréquence, leur évitabilité, leurs conséquences néfastes et une valeur positive d'amélioration des pratiques. En revanche, les dimensions de prévisibilité, de conséquences potentielles ou de nature étaient divergentes, témoignant de difficultés à définir cette notion. Concernant la définition de la Haute Autorité de Santé, certains participants l'ont jugée "complète" et "pertinente", d'autres comme manquant de "clarté", "subjective" ou incomplète.

Concernant le vécu de ces EIAS, il a été rapporté des sentiments de *gêne, honte, tristesse, stress, culpabilité* ainsi que des craintes variées engendrant une diminution de la confiance en soi. Un étudiant a toutefois expliqué ne pas ressentir de culpabilité, et qu'il ne pouvait pas concevoir commettre de grave erreur. En termes de gestion des EIAS, les participants ont semblé mettre en place des stratégies variables. Elle peut être proactive en se remettant en question de manière positive pour apprendre de leur erreur ou au contraire passive avec le temps qui passe décrit comme un allié. Les étudiants paraissent mobiliser des ressources génériques professionnelles (ex. recommandations ou formations sur un sujet) pour modifier leurs pratiques. Quant aux ressources spécifiques de gestion des risques, elles n'ont pas été citées. L'outil CADYA a été présenté aux participants et plébiscité par ces derniers pour une utilisation future. Les Groupes d'Échange de Pairs a également été évoqué comme un lieu propice pour parler des EIAS.

Enfin, les étudiants ont pu exprimer leurs attentes en termes d'accompagnement. Certains ont exprimé qu'ils attendaient un temps dédié à la supervision de l'EIAS plus conséquent avec un contenu plus complet. Cependant, les participants ont exprimé une certaine ambivalence : même s'ils demeurent conscients des apports d'une supervision

VI. Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé H. Évènement indésirable associé aux soins (EIAS). 2014 oct.
2. Michel P, Haeringer-Cholet A, Keriél-Gascou M, Larrieu C, Quenon JL, Villebrun F, et al. // ESPRIT 2013: A FRENCH EPIDEMIOLOGICAL SURVEY ON MEDICAL ERRORS ASSOCIATED TO PRIMARY CARE. 9 sept 2014;
3. Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ*. 18 mars 2000;320(7237):726-7.
4. Venus E. L'erreur médicale: impact et gestion par les internes du département de médecine générale Paris Diderot [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2011.
5. Lagarde A, Farge T. Analyse des ressources pédagogiques des maîtres de stages universitaires dans la supervision d'un événement indésirable de l'interne en stage ambulatoire: étude qualitative auprès de 12 médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes. [Lyon]: Bibliothèque Lyon 1; 2017.
6. Vallée J, Charles R. Approche pédagogique des erreurs médicales au cours de l'internat de médecine générale. 2008. 2008;19(83):111-6.
7. Keriél-Gascou M, Bami J, Chanelière M, Haeringer-Cholet A, Larrieu C, Villebrun F, et al. Quelle définition et taxonomie utiliser pour un recueil d'événements indésirables associés aux soins primaires en France ? *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 1 févr 2014;62(1):41-52.
8. GALAM E. L'erreur médicale, le burn-out et le soignant. Springer Science & Business Media; 2012. 322 p.
9. Mougeot F, Occelli P, Buchet-Poyau K, Robelet M, Touzet S, Michel P. L'émergence de la question de la sécurité des patients en France: *Santé Publique*. 30 janv 2018;Vol. 29(6):869-77.
10. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System* [Internet]. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
11. Pessaux P, Vergely C, Le Boulter SD. Erreurs médicales : l'impératif de transparence. *J Droit Santé Assur Mal* [Internet]. avr 2020;(25). Disponible sur: <https://hal.science/hal-04097406>
12. Kiesewetter I, Könings KD, Kager M, Kiesewetter J. Undergraduate medical students' behavioural intentions towards medical errors and how to handle them: a qualitative vignette study. *BMJ Open*. mars 2018;8(3):e019500.
13. Chaneliere M. Impact des évènements indésirables sur la pratique des médecins généralistes: étude qualitative auprès de 15 praticiens de la région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2005.

14. Frelat-Ristord E. Émilie Frelat-Ristord. Évolution des perceptions des internes de Médecine Générale au cours de leur diplôme d'Études Spécialisées concernant la sécurité du patient au cabinet : les évènements indésirables en Médecine Générale vus par un groupe d'internes de Diplôme d'Études Spécialisées. Paris-Descartes; 2015.
15. Taureau A. Représentations de la notion d'erreur des étudiants en médecine: étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 22 étudiants [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2020. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m6x92b1j>
16. Jackson PW. Life in Classrooms. Teachers College Press; 212 p.
17. Fatima S, Soria S, Esteban- Cruciani N. Medical errors during training: how do residents cope?: a descriptive study. BMC Med Educ. déc 2021;21(1):1-6.
18. Rederon P. Les événements indésirables chez les internes en stage ambulatoire: causes et impacts [Thèse d'exercice]. [Lyon ; 1971-....., France]: Université Claude Bernard; 2016.
19. Morlhon L. Étude de la confiance en soi chez les étudiants en 3e cycle du DES de médecine générale de Lyon à travers leurs écrits [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lyon ; 1971-....., France]: Université Claude Bernard; 2023. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m65h7g6k>
20. Wu AW. Do house officers learn from their mistakes? Qual Saf Health Care. 1 juin 2003;12(>3):221-6.
21. Bergez Kostek L. Vécu, attentes et solutions des internes de médecine générale picards concernant la gestion de l'erreur médicale [Thèse d'exercice]. [1968-....., France]: Université de Picardie Jules Verne; 2022.
22. Haute Autorité de Santé [Internet]. L'analyse des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) : mode d'emploi. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3293652/fr/l-analyse-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias-mode-d-emploi
23. Chaneliere M, Koehler D, Morlan T, Berra J, Colin C, Dupie I, et al. Factors contributing to patient safety incidents in primary care: a descriptive analysis of patient safety incidents in a French study using CADYA (categorization of errors in primary care). BMC Fam Pract. déc 2018;19(1):121.
24. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 18 mars 2000;320(7237):768-70.
25. Martin O. L'erreur médicale et son enseignement: enquête de satisfaction, confrontation bibliographique et pistes d'amélioration [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2021.
26. Favier-Arnaudier CA. Les internes de médecine générale et l'erreur médicale: Étude de l'apport des groupes d'analyse de pratique supervisés dédiés à l'erreur médicale [Thèse d'exercice]. [Saint-Étienne ; 1969-....., France]: Université Jean Monnet; 2008.

27. Eichinger G, Chaneliere M. 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. [Lyon]: Bibliothèque Lyon 1; 2016.
28. Chaneliere M. Prendre soin des patients en toute sécurité. Le Coudrier; 2019. 172 p.
29. Teurnier É. Parler de l'erreur médicale entre soignants: impact d'une formation de l'Université Paris Diderot pour les internes de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2016.
30. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.
31. Guide et charte du MSU [Internet]. Site du Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants. [cité 27 févr 2024]. Disponible sur: <http://clge.fr/guide-charte-msu/>
32. Article R6153-2-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037156239#
33. Ehrlinger J, Johnson K, Banner M, Dunning D, Kruger J. Why the Unskilled Are Unaware: Further Explorations of (Absent) Self-Insight Among the Incompetent. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1 janv 2008;105(1):98-121.
34. Lägervik M, Thörne K, Fristedt S, Henricson M, Hedberg B. Residents' and supervisors' experiences when using a feedback-model in post-graduate medical education. *BMC Med Educ*. déc 2022;22(1):1-10.
35. Ministère de la Transition Écologique et de la Cohésion des Territoires [Internet]. Observatoire de la culture juste de l'aviation civile. Disponible sur: <https://www.ecologie.gouv.fr/observatoire-culture-juste-laviation-civile>
36. DES de Médecine Générale – CNGE [Internet]. Disponible sur: <https://www.cnge.fr/la-pedagogie/le-cursus-de-medecine-generale/des-de-medecine-generale/>

VII. Annexes

Annexe 1 – Lettre d'information

Annexe 2 – Formulaire de consentement

Annexe 3 – Guide d'entretien

Annexe 4 – Fiche déclarative d'EIAS utilisée dans l'atelier facultaire « Sécurité du Patient » à l'Université Lyon 1

Annexe 5 – CADYA : Grille et organigramme

Annexe 6 – Modèle de Reason

Annexe 7 – Effet Dunning-Kruger

Annexe 8 – La Marguerite des Compétences en Médecine Générale



COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

LETTRE D'INFORMATION POUR PARTICIPATION À UNE RECHERCHE

TITRE DE LA RECHERCHE : Vivre après un évènement indésirable associé aux soins : quelles sont les attentes des internes vis-à-vis de leurs maîtres de stages universitaires ?

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique.

Cette lettre d'information détaille en quoi cette étude consiste.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations, réfléchir à votre participation, et demander au médecin responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'auriez pas compris.

PERSONNES RESSOURCES :

- Elodie SIMON, responsable de la recherche, joignable au téléphone suivant : 07 69 25 25 95 ou à l'adresse mail suivante : elodie.simon@etu.univ-lyon1.fr.
- Docteur Marc Chanelière, directeur de thèse joignable à l'adresse mail suivante : marc.chaneliere@univ-lyon1.fr

BUT DE L'ÉTUDE : explorer les attentes des internes en médecine générale de la faculté de médecine de Lyon vis-à-vis de leurs maîtres de stage universitaires (MSU) après la survenue d'un évènement indésirable associé au soin (EIAS)

BÉNÉFICES ATTENDUS : Décrire les ressources – notamment pédagogiques dont disposent ou aimeraient disposer les étudiants en DES en médecine générale auprès de leur MSU, après la survenue d'un EIAS

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE :

Durée de l'étude : octobre 2022 au novembre 2023.

Durée pour chaque participant : un entretien unique aura lieu dans le lieu souhaité par l'interne (sur leur lieu de stage, à son domicile, au mien...) ; il durera en moyenne une heure.

RISQUES POTENTIELS : Discuter d'un EIAS dont un interne a été victime ou témoin peut induire des reviviscences douloureuses, créer de l'anxiété ou de la tristesse etc. Il vous sera remis les coordonnées de différents interlocuteurs au décours de l'entretien à savoir celles des psychologues de la faculté Rockefeller, de la cellule écoute du Collège Universitaire de Médecine Générale et de la LIPSEIM, la Ligue Pour la Santé des Étudiants et Internes en Médecine, association de loi 1901.

Elles sont également disponibles ci-dessous :

- Psychologue de l'université Rockefeller : 04 27 46 57 57 / mpu@univ-lyon1.fr
- Cellule Écoute du CUMG : cellule.ecoute.cumg@univ-lyon1.fr
- La LIPSEIM : <https://www.lipseim.fr/#contact>

FRAIS MÉDICAUX

Votre collaboration à ce protocole de recherche ne requiert aucune participation financière.



COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR PARTICIPATION À UNE RECHERCHE

**TITRE DE LA RECHERCHE : Vivre après un évènement indésirable associé aux soins :
quelles sont les attentes des internes vis-à-vis de leurs maîtres de stages
universitaires ? Étude qualitative auprès d'étudiants en Diplôme d'étude spécialisée de
Médecine générale à Lyon 1**

Je soussigné.e,

accepte de participer à l'étude.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Mme Elodie SIMON joignable à l'adresse mail suivante elodie.simon@etu.univ-lyon1.fr ou au téléphone suivant 07 69 25 25 95.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

À l'exception des responsables de l'étude, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Pour arrêter ma participation, je le signalerai au directeur de ce travail de recherche, le Docteur Marc Chaneliere, joignable à l'adresse mail suivante : marc.chaneliere@univ-lyon1.fr.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à

le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

Guide d'entretien

I/ Présentation du travail de thèse

Tout d'abord, merci d'avoir accepté d'échanger aujourd'hui.

Je m'appelle Elodie SIMON, je suis médecin remplaçante, j'ai terminé mon internat de médecine générale à l'université Lyon Est en mai dernier.

Je réalise un travail de thèse traitant des attentes des internes de médecine générale vis-à-vis de leur Maître de Stage Universitaire, lorsqu'ils sont confrontés à un Évènement Indésirable lié au Soins (EIAS).

Le but de l'entretien est de connaître ton avis autour de cette question. C'est un moment qui se veut bienveillant et sans jugement, autour du partage.

Cet entretien sera enregistré, avec ton accord bien sûr. Il se peut que je prenne des notes, afin de me souvenir d'éléments importants.

Les données recueillies seront pseudonymisées et serviront uniquement à la réalisation de la thèse.

Et je tiens à rajouter que dans la lettre d'information que je t'ai donné il y a plusieurs coordonnées, celle de la LIPSEIM, qui est une association de Loi 1901 qui œuvre pour la santé mentale des étudiants en médecine, il y a la psychologue de la fac et il y a le lien vers la cellule écoute du CUMG. Si tu en ressens le besoin, n'hésites pas à les solliciter.

II/ Présentation de l'interviewé-e

Pourrais-tu te présenter rapidement concernant ton cursus de MG ?

Relances: En quel semestre es-tu ? Où as-tu fait ton externat ? Quels semestres as-tu déjà réalisés ?

Où es-tu en stage actuellement ? Comment cela se passe-t-il ?

III/ Première partie : Définition du concept et partage d'un EIAS

- C'est quoi pour toi un EIAS en cabinet de médecine générale ?

Relances: Qu'est-ce que tu entends derrière cette notion ? Qu'est-ce que cela t'évoque ? Tu peux te servir d'une situation déjà vécue.

- Je vais te donner la définition de la Haute Autorité de Santé de 2014: « Un évènement indésirable est un évènement 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 ».

Qu'est-ce que cela t'évoque ?

Relances : Comment tu te positionnes par rapport à cette définition ? Est-ce qu'elle te semble adaptée ? Est-ce qu'elle te semble complète ? Aurais-tu des choses à rajouter ?

- Et est-ce que ce concept te fait penser à une situation que tu as vécue ? Est-ce que tu veux bien m'en parler ?

Relances: Récemment en cabinet? Au cours de ton externat ?

- Comment t'es-tu senti-e par la suite ? Qu'est-ce qui t'a aidé à te sentir mieux ?

IV/ Deuxième partie : les attentes vis-à-vis du Maître de Stage Universitaire (MSU)?

- Comment a réagi ton MSU lors de cette situation ?

Relances: Quel a été son attitude vis-à-vis de toi ? Vis-à-vis du patient et de son entourage ? A-t-il utilisé des outils pour t'aider et s'aider ?

- Comment as-tu trouvé sa réaction et les actions qu'il a entreprises ?

Relances :As-tu pu en parler avec lui dans un second temps ? L'as-tu senti à l'aise ?

- Qu'est-ce que tu aurais attendu à postériori de ton MSU ?

Relances: en termes d'encadrement, de ressources pédagogiques, de savoir-être ?

- Quelles sont tes connaissances vis-à-vis de la formation des MSU?

Relances : Connais-tu les modalités pour devenir MSU ? Sais-tu s'ils sont formés à la gestion des EIAS avec leur interne ?

III/ Troisième partie : la formation reçue par les internes

- Peux-tu me décrire la formation que tu as reçue à la faculté antérieurement concernant les EIAS (pendant l'externat mais aussi pendant l'internat) ?

Relances: As-tu eu des cours magistraux ? des mises en situations pratiques? Ces cours étaient-ils obligatoires ou optionnels ?

- Quels liens fais-tu entre les EIAS que tu as vécu et la formation reçue auparavant à la faculté ?

Relances: Est-ce que tu t'es senti préparé ? As-tu pu te référer à des outils que tu connaissais déjà dans les suites de ton EIAS?

- Quels outils connais-tu pour la gestion des EIAS ?

Relances : Si oui, on le laisse expliquer l'outil et s'il n'en connaît pas, on lui en propose un (le ... (à redéfinir ensemble) et on peut lui demander : Le trouves-tu intuitif d'utilisation ? Penses-tu qu'il aurait pu t'aider ? Aurais-tu apprécié que ton MSU l'utilise ?

- Que penses-tu de la pratique des GEP à cet effet ?

Relances : Qu'est-ce que cela t'apporte ? Comment te sens-tu avant/après une GEP ?

IV/ Conclusion

Je pense que nous allons pouvoir terminer cet entretien, as-tu des remarques ou des choses à ajouter ?

V/ Remerciements

Je te remercie beaucoup de m'avoir accordé ton temps et ta confiance pour cette recherche.

Fiche déclarative d'événement indésirable lié aux soins (EIAS) survenu en stage hospitalier ou ambulatoire

Définition : Un événement indésirable est un événement ou une circonstance lié 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. (définition issue de l'étude ESPRIT)

Les circonstances de survenue de l'évènement : description des faits *(ne citer aucun nom)*

Que s'est-il passé ? (décrire l'EIAS de manière détaillée dans le temps)

Quels sont les différents acteurs impliqués dans cet EI ? (famille, patient, médecins, soignants...)

Pourquoi cela est-il arrivé ? Décrire toutes les causes ayant conduit à cet EIAS et la cause qui vous semble dominante.

Conséquences pour le patient : (nature, gravité, évolution)

Conséquences pour soi : (en avez-vous parlé avec le médecin responsable du stage ?)

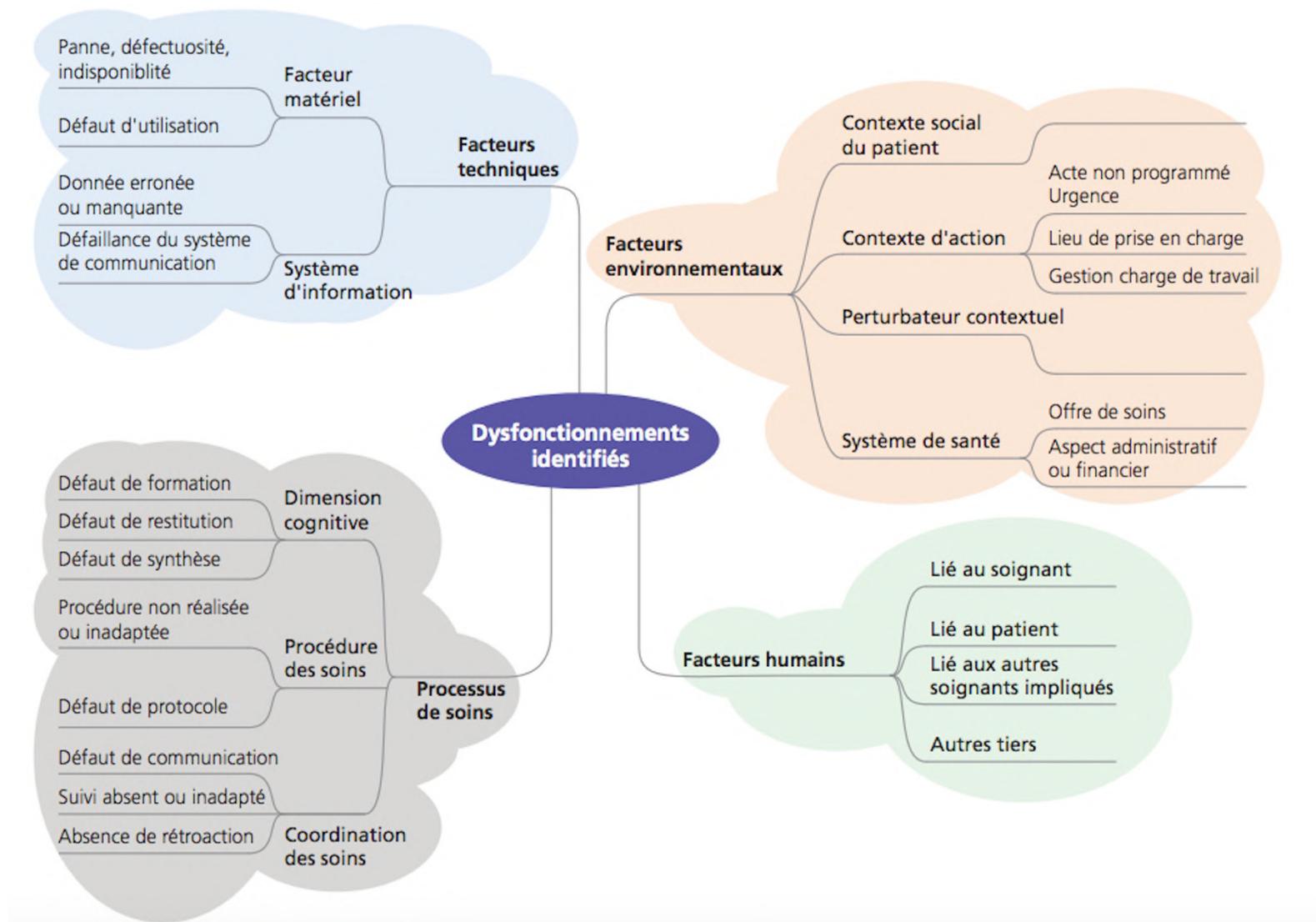
<u>Actions immédiates entreprises</u>	<u>Propositions pour éviter qu'une même erreur ne se reproduise</u>

Annexe 5 : L'outil CADYA

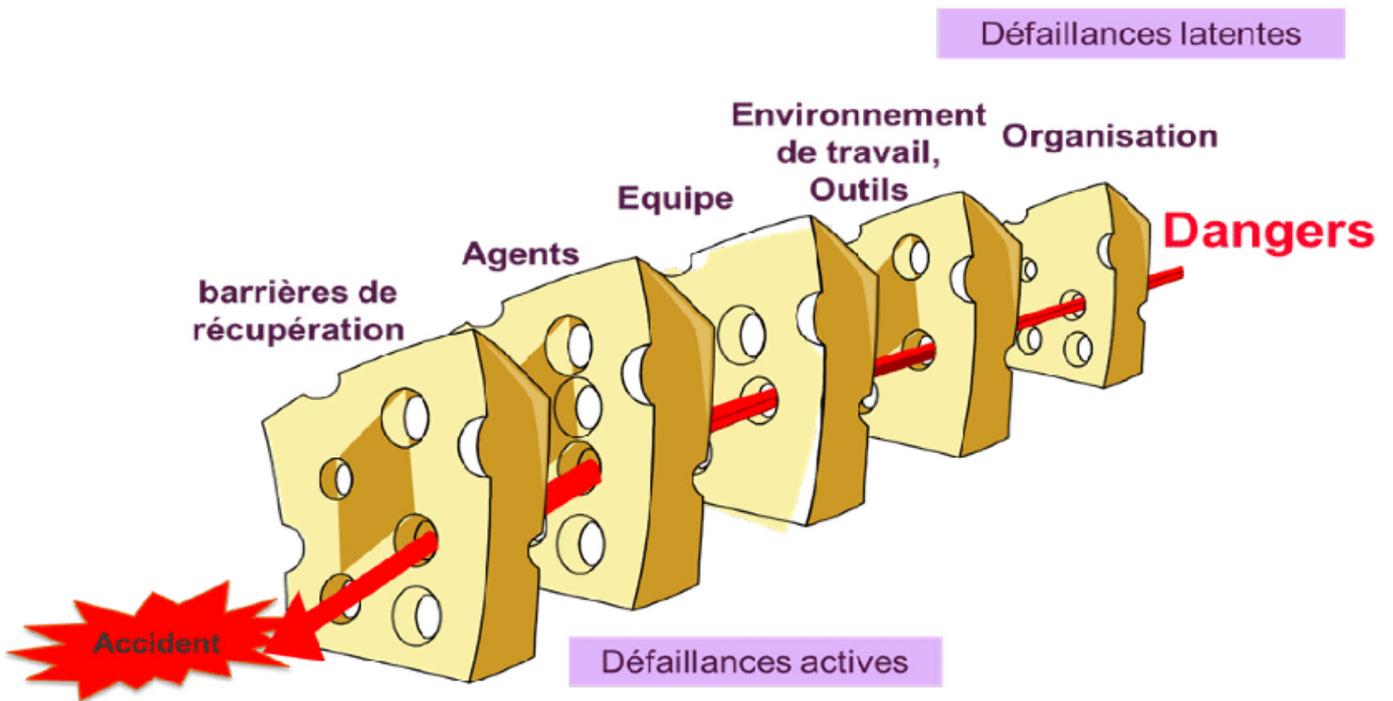
La grille CADYA

CATEGORIE PRINCIPALE	SOUS-NIVEAU 1	SOUS-NIVEAU 2 (le cas échéant)	ASPECTS EXPLORÉS PAR AXE
FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX	Contexte social du patient		Lieu et contexte de vie, situation sociale du patient (sens large)
	Contexte d'action du soignant	Acte non planifié	Urgence ou recours urgent, demande non programmée
		Lieu de prise en charge	Patient vu au cabinet, à domicile ou ailleurs (EHPAD)
		Gestion de la charge de travail	Retard, absence de rendez-vous disponible ou surcharge
	Perturbateur contextuel		Élément physique « parasite » (téléphone, irruption d'un tiers)
Système de santé	Offre de soins	Absence de soignants ou offre de soin inadaptée	
	Aspects financier ou administratif	Défaut de couverture sociale, tout aspect financier empêchant ou retardant une prise en charge médicale	
FACTEURS HUMAINS	Lié au patient Lié au soignant Lié aux autres soignants Lié autre tiers		Affects inadaptes (exemple: défaut d'empathie) dans la relation Troubles du comportement (violence, colère) Fatigue ou stress (altérant la performance individuelle) Croyances et représentations (culturelles, religieuses ou éthiques)
FACTEURS TECHNIQUES	Facteur matériel	Panne, défectuosité, indisponibilité	Toute anomalie en rapport avec le matériel lors d'un acte technique
		Défaut d'usage	Non-respect de l'usage habituel du matériel (sciemment ou non)
	Système d'information	Donnée erronées ou manquantes Défaillance du système de communication	Information fausse ou manquante (exemple : mention d'une allergie) Une information n'a pu être transmise en temps et en heure (exemple : fax, email ou courrier non reçu)
PROCESSUS DE SOINS	Dimension cognitive	Défaut de formation	Défaut de savoir (dans la formation initiale ou continue)
		Défaut de restitution	Défaut de remémoration d'un savoir ou de manière incomplète
		Défaut de synthèse	Décision inadaptée en dépit d'une formation et d'un raisonnement qui paraissent adaptés
	Procédure de soins	Procédure non réalisée ou inadaptée	Procédure de soin non réalisée ou partiellement (exemples : inobservance ou non délivrance d'un traitement)
		Défaut de protocole	Protocole de soin défaillant, non à jour ou absent
	Coordination des soins	Défaut de communication	Défauts de communication - autres qu'une défaillance du système d'information
Suivi absent ou inadapté		Défaut de mise en place d'un suivi ou suivi non adapté	
	Absence de rétroaction	Suivi en place, mais non prise en compte d'un retour information ou décision inadaptée	

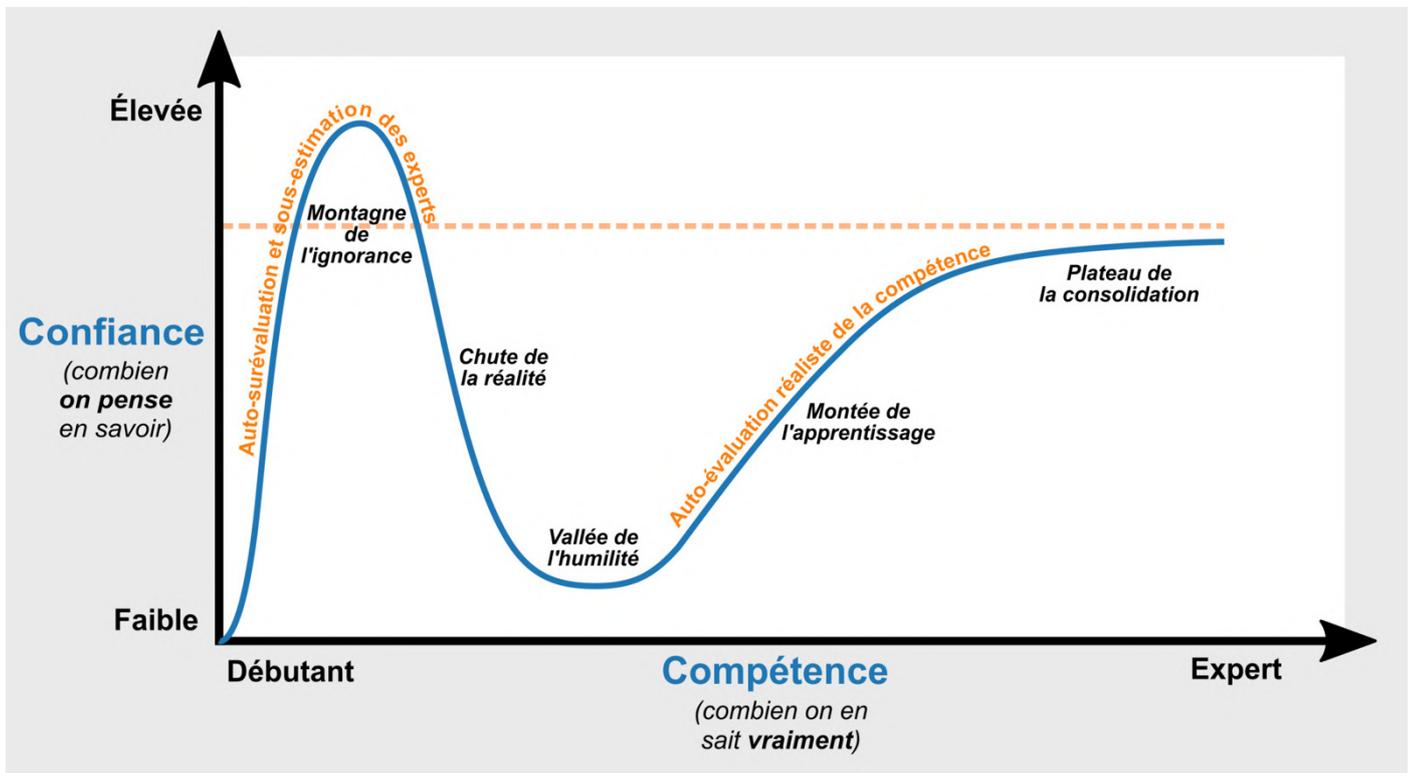
L'organigramme CADYA

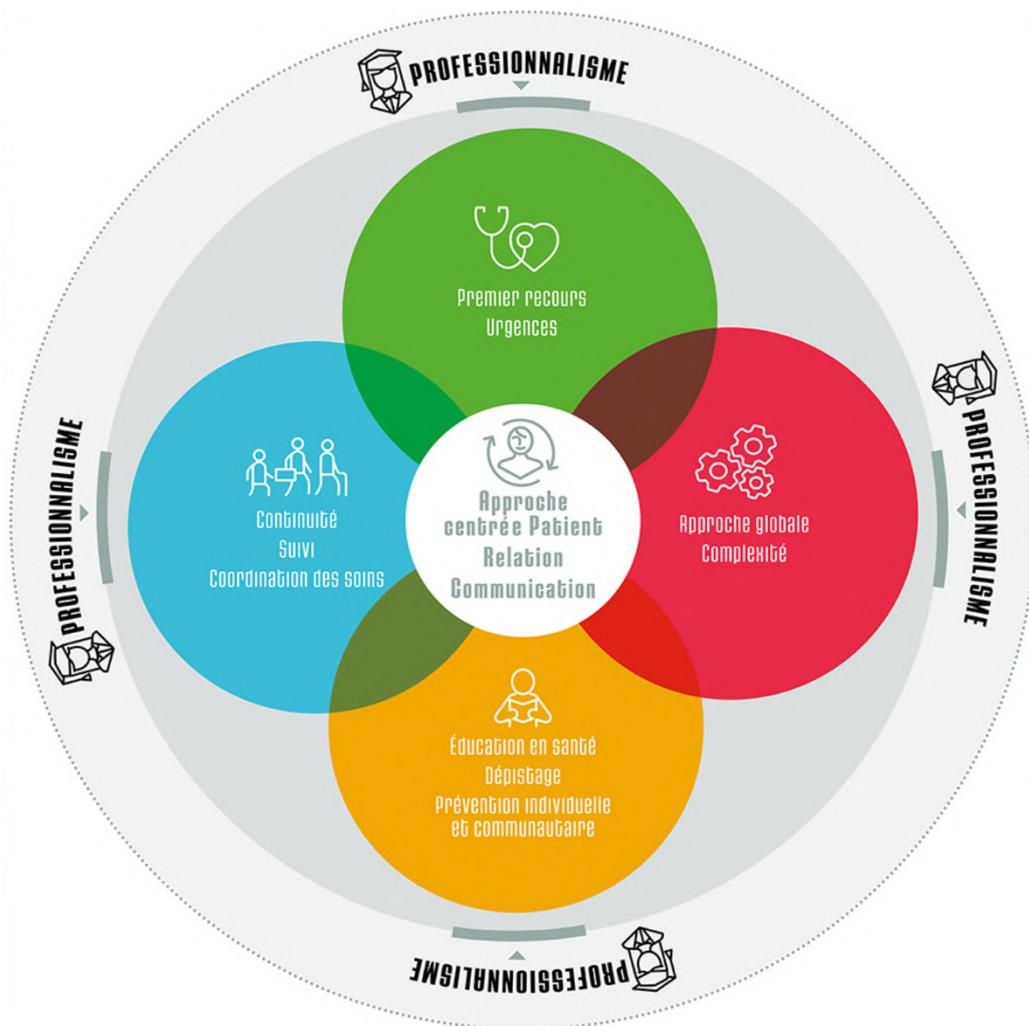


Annexe 6 : Modèle de Reason



Annexe 7 : Effet Dunning-Kruger





SIMON Elodie

Attentes des internes vis-à-vis de leurs Maîtres de Stages Universitaires après la survenue d'un Évènement Indésirable Associé aux Soins. Étude qualitative auprès de 12 étudiants en Diplôme d'études spécialisées de Médecine générale à Lyon 1

RESUME :

Introduction : Les EIAS sont fréquents en soins primaires (26 EIAS pour 1000 actes selon l'étude ESPRIT en 2013). Si le patient est la première victime de l'EIAS, le soignant en est la seconde victime comme l'a décrit A.Wu. L'objectif est de décrire l'accompagnement par leur MSU dont disposent ou aimeraient disposer les étudiants en DES de médecine générale, après la survenue d'un EIAS.

Méthode : Une étude qualitative au moyen d'entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès d'étudiants en cours de 3^e cycle de DES de médecine générale ou l'ayant terminé depuis moins d'un an.

Résultats : Douze participants ont été inclus dans l'étude. Les étudiants étaient conscients des bénéfices d'une supervision pour chaque consultation effectuée mais en déploraient le côté chronophage. Une bienveillance, une écoute active et de l'empathie étaient attendus en recherchant une reconnaissance de l'EIAS, une réassurance et une déculpabilisation. Les étudiants attendaient de recevoir l'avis de leur MSU pour analyser les dysfonctionnements ayant menés à l'EIAS et si possible de le corriger.

Discussion : La réaction et l'accompagnement du MSU sont déterminants pour apprendre à l'étudiant à développer de la résilience lorsqu'il est confronté à un EIAS. Les GEP sont également décrits comme des lieux d'échanges propices concernant les EIAS. Les enseignements mis en place autour de la sécurité des soins sont appréciés et plébiscités des étudiants. Il serait judicieux d'apporter une formation pédagogique plus conséquente aux MSU mais également de développer l'enseignement facultaire. Cela permettrait notamment de sensibiliser les étudiants et les MSU à l'utilisation des outils de gestion des risques tels que CADYA qui a été présenté et valorisé par les participants de cette étude.

MOTS CLES : EIAS, étudiants, MSU, accompagnement, formation, GEP, CADYA

JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe Michel
Membres : Madame le Professeur Martine Wallon
Monsieur le Professeur Thierry Farge
Monsieur le Professeur Yves Zerbib
Monsieur le Docteur Marc Chanelière

DATE DE SOUTENANCE : 26 mars 2024

Adresse postale et mail : 286 route de la Chaize 69460 Odenas elodiesimon7@gmail.com