

ClinicalOS – Le système d'exploitation clinique dédié à la médecine générale

Tome 11

Entraînement par cas et prévention des erreurs en médecine générale



*Thème principal : analyse basée sur des cas, erreurs diagnostiques
et thérapeutiques, apprentissage en équipe*

**« Ne pas en savoir plus, mais prendre des décisions avec plus
d'assurance. »**

Thèse directrice du Manuel 11 · Série de manuels ClinicalOS pour la médecine générale

À propos de cet extrait

Tome 11 · Entraînement par cas et prévention des erreurs

Cet extrait sélectionné comprend 31 pages sur les 198 pages du tome (objectif de 15 % ; minimum de 12 pages, présentation et clôture comprises). Les chapitres ci-dessous sont reproduits intégralement. La pagination originale est conservée ; les sauts sont intentionnels. Cette liste et les signets donnent accès aux contenus inclus. Les renvois peuvent concerner le tome complet.

- **A1 · Comprendre les erreurs**
- **B1 · Le piège de la routine**
- **B4 · Crise thyroïdienne**
- **D1 · Suivi des ISRS**
- **H1 · Formation en équipe**
- **J3 · Suivi thérapeutique**

Les mentions originales relatives à l'utilisation et à la responsabilité s'appliquent également à cet extrait.

Droits d'auteur Mentions légales

Dr Götz Huber

Le système d'exploitation clinique de la médecine générale

Tome 11 : Entraînement par cas et prévention des erreurs en médecine générale

© 2026 Dr Götz Huber. Tous droits réservés.

Cet ouvrage, y compris toutes ses parties, est protégé par le droit d'auteur. Toute utilisation en dehors des limites strictes de la loi sur le droit d'auteur est interdite sans l'accord de l'auteur et passible de sanctions.

Remarque : les informations contenues dans cet ouvrage ont fait l'objet de recherches et de vérifications minutieuses. Les outils d'IA et le cadre réglementaire évoluant rapidement, certaines informations peuvent déjà être obsolètes au moment de la lecture. Vous trouverez les mises à jour sur <https://clinicalos.de/>. La mention de produits et de fabricants est sans garantie et ne constitue en aucun cas une recommandation d'achat ou d'utilisation.

Remarque concernant la traduction, le contenu, l'utilisation et la responsabilité

Cette édition française est une traduction de l'ouvrage original rédigé en allemand. Le concept, la structure et le contenu médical essentiel de ClinicalOS ont été initialement développés pour la médecine générale allemande et le système de santé allemand, afin de fournir aux médecins généralistes en exercice, aux internes en médecine générale, aux assistants de santé et aux étudiants en médecine une ressource d'apprentissage et de référence structurée et axée sur la pratique. Le contenu s'appuie sur la littérature médicale actuelle, des sources issues des recommandations et l'expérience pratique en médecine générale.

Au cours de l'adaptation linguistique, les références aux recommandations, aux pratiques cliniques et aux cadres réglementaires d'autres pays francophones ont été prises en compte et mises en évidence lorsque cela était pertinent et possible ; dans certains domaines, les différences par rapport aux recommandations allemandes sont également présentées de manière explicite. Toutefois, la traduction ne constitue pas une adaptation systématique de tous les aspects médicaux, thérapeutiques ou réglementaires à l'ensemble des pays francophones. Les recommandations professionnelles, les autorisations de mise sur le marché, les posologies approuvées, les procédures de prescription, les règles de remboursement et les exigences réglementaires peuvent varier d'un pays à l'autre ; **les recommandations, les informations officielles de prescription et les dispositions réglementaires actuellement en vigueur dans le pays ou le système de santé concerné prévalent toujours.** Les informations posologiques s'appliquent aux adultes ne présentant pas d'insuffisance rénale significative ; des ajustements individuels sont nécessaires chez les patients âgés, ceux sous polypharmacie et pendant la grossesse. **Les recommandations nationales actuellement en vigueur (par exemple celles de la HAS ou du CNGE pour la médecine générale) doivent être suivies en priorité.**

Des outils numériques, notamment la génération de texte assistée par l'IA, ont été utilisés pour la création de ce manuel. L'ensemble du contenu a ensuite été vérifié par l'auteur afin d'en garantir l'exactitude technique, la cohérence et l'absence d'erreurs potentielles. **Aucune garantie ne peut être donnée quant à l'exactitude, l'actualité ou l'exhaustivité des informations fournies ;** l'absence totale d'erreurs ne peut être exclue, y compris en ce qui concerne les recommandations ou les posologies qui auraient pu être mises à jour entre-temps.

Le contenu de ce manuel ne remplace pas un examen médical individuel et ne doit pas être interprété comme des recommandations thérapeutiques contraignantes. Les décisions diagnostiques et thérapeutiques doivent toujours être prises au cas par cas pour chaque patient, en tenant compte du tableau clinique complet et des recommandations actuellement en vigueur. **Les médecins assument l'entière et ultime responsabilité médicale :** toute utilisation du contenu de ce manuel — qu'il s'agisse d'un module de texte, d'une procédure opérationnelle standard (SOP) ou d'une recommandation thérapeutique — nécessite un examen professionnel indépendant par le médecin traitant. **Les contenus générés par l'IA ou par des moyens numériques ne peuvent et ne doivent pas se substituer au jugement médical.**

Toute utilisation des informations présentées ici relève de la seule responsabilité du lecteur. Les actions en responsabilité civile relatives à des dommages matériels ou immatériels résultant de l'utilisation directe ou indirecte des informations contenues dans ce manuel — même lorsque ces informations sont incomplètes ou contiennent des erreurs — sont généralement exclues.

A1 – Pourquoi les erreurs en médecine générale surviennent-elles différemment ?

Règle fondamentale : en médecine générale, l'incertitude est normale – elle devient dangereuse lorsqu'elle n'est pas gérée.

1. Scène d'introduction

C'est jeudi après-midi, 16 h 30. Le cabinet a déjà effectué 38 consultations. Le patient suivant, un patient régulier de 52 ans, se plaint de « encore ces maux de dos ». Le médecin le connaît depuis des années, est au courant de ses lombalgies chroniques et a déjà réalisé deux examens d'imagerie. Le diagnostic est évident. Il lui délivre une ordonnance et lui recommande de l'application de chaleur et de l'exercice physique. Trois jours plus tard, les urgences appellent : syndrome aortique aigu.

L'erreur n'était pas le manque de connaissances sur la dissection aortique. L'erreur était que la familiarité avec le patient a empêché de poser la question décisive.

2. Mécanique de l'erreur

Les erreurs de décision des médecins généralistes diffèrent fondamentalement des erreurs commises à l'hôpital : elles ne résultent presque jamais d'un manque de connaissances spécialisées, mais des conditions structurelles de la médecine générale, qui favorisent systématiquement certaines erreurs de raisonnement.

Pourquoi les erreurs en médecine générale se produisent-elles différemment ?

Facteur d'influence	Mécanisme d'erreur
Nombre élevé de cas / pression temporelle	Reconnaissance de schémas plutôt qu'exploration complète
Faible prévalence des maladies graves	Les cas rares sont systématiquement sous-estimés
Plusieurs motifs de consultation par visite	Le premier motif détermine le cadre de tous les autres
Suivi à long terme / relation de confiance	Les diagnostics antérieurs deviennent des œillères
Fragmentation / interfaces	Les résultats entre le cabinet médical, le laboratoire et l'hôpital se perdent
Manque de transparence sur l'évolution	Les patients décrivent leurs symptômes de manière imprécise – en posant des questions, on en apprend davantage
Souhaits des patients et pression liée à l'observance	La prescription remplace parfois le suivi
Réalité du système PVS	Les boucles ouvertes sont invisibles dans le système si personne ne les crée

Pertinence du Manuel 11 : ce chapitre ne vise pas à recenser les diagnostics rares, mais à expliquer pourquoi le contexte de la médecine générale rend systématiquement difficile la détection d'exceptions dangereuses. Connaître ce mécanisme permet de mettre en œuvre des contre-mesures ciblées.

3. Erreurs de décision typiques

Mauvaise décision	Pourquoi cela semble plausible	Danger réel
Patient régulier souffrant de maux de dos → ordonnance immédiate	Diagnostic connu, manque de temps, le patient attend une ordonnance	Syndrome aortique, métastases vertébrales, fracture non détectée
« Les analyses étaient normales la semaine dernière » → pas d'examen complémentaire	Des analyses normales rassurent, le dossier médical est complet	Une aggravation aiguë (insuffisance rénale aiguë, septicémie) n'est pas détectée
« Troubles psychiques » invoqués pour expliquer les symptômes physiques	Maladie psychique connue, causalité plausible	Une cause organique (anémie, hypothyroïdie, tumeur maligne) n'est pas détectée
Résultat « repéré » dans le dossier médical, mais pas approfondi	Coup d'œil rapide entre deux patients, sentiment d'avoir « réglé la question »	Absence d'escalade ou de suite, la boucle reste ouverte

4. Règle de décision

La question « pause de trois secondes »

Avant que le patient ne quitte la consultation, marquer une pause de trois secondes et poser la question suivante :

✓ Règle fondamentale – La question « pause de trois secondes »
1. Le motif de consultation d'aujourd'hui correspond-il à ce que je sais de ce patient ? 2. Y a-t-il un élément, une question ou une information que je n'ai pas pris en compte ? 3. Quel est mon filet de sécurité au cas où je me tromperais ? « En médecine générale, l'incertitude est normale – elle devient dangereuse lorsqu'elle n'est pas gérée. »

5. Études de cas – Trois cas types

Cas n° 1 : cas de routine – Douleurs dorsales chez une patiente régulière

Situation initiale : patiente de 47 ans, souffrant d'une lombalgie chronique connue, aggravation de la douleur aujourd'hui après avoir jardiné. Pas d'irradiation, pas d'engourdissement, pas de traumatisme. Douleur à l'effort typique.

Classification : cas de routine – douleur à l'effort liée à une affection connue.

Évaluation immédiate : nouveaux symptômes ? Signes d'alerte ? (Sueurs nocturnes, perte de poids involontaire, incontinence, fièvre) → Tous négatifs.

Prise en charge du jour : analgésie, recommandations en matière de mobilité, nouvelle consultation si aucune amélioration n'est constatée dans deux semaines.

Mode d'échec évité : ✓ Question d'arrêt posée → signaux d'alerte activement exclus.

Cas n° 2 : cas limite – lombalgie + douleurs nocturnes

Situation initiale : patient de 58 ans, lombalgie connue, aujourd'hui plus intense que d'habitude, mentionne en passant qu'il ne parvient plus à dormir la nuit à cause des douleurs. Pas de traumatisme, la colonne thoracique est davantage touchée que la rachis lombaire.

Classification : cas limite – la douleur nocturne est un signe d'alerte qui fait basculer la classification.

Clarification immédiate : perte de poids involontaire ? Antécédents tumoraux connus ? VS/CRP ? Lancer en priorité une imagerie.

Prise en charge du jour : IRM urgente de la colonne thoracique et du rachis lombaire, analyses de laboratoire (VS, CRP, PSA, formule leucocytaire). Pas de simple ordonnance aujourd'hui.

Mode d'échec évité : ✓ La familiarité avec le cas n'a pas empêché de poser la question décisive.

Cas n° 3 : cas exceptionnel dangereux – syndrome aortique

Situation initiale : patient de 52 ans, lombalgie de longue date, aujourd'hui « à nouveau aggravée ». La douleur est toutefois apparue soudainement, de type déchirante, et irradie vers l'abdomen. Le patient semble pâle.

Signal d'alerte – syndrome aortique

Apparition soudaine + caractère déchirant + irradiation vers l'abdomen/la poitrine → ambulance/admission immédiate

Pas d'attente, pas d'analgésique, pas d'entretien supplémentaire – appeler immédiatement les secours

Mode d'échec évité : ✓ Changement de nature de la douleur détecté malgré un diagnostic connu.

6. Module court PVS

Module PVS – Chapitre A1

Le patient se présente avec [symptôme principal]. Signaux d'alerte activement vérifiés : [oui/non, résultats le cas échéant]. Diagnostic connu [X] pris en compte. Nouveaux symptômes / changement de nature de la douleur : [oui/non]. Décision : [ordonnance / examens diagnostiques / admission / nouvelle consultation]. Filet de sécurité : le patient est informé des signes d'alerte [préciser], à contacter en cas d'[aggravation / apparition d'un nouveau symptôme]. Nouvelle consultation : [date / condition].

7. Remarque à l'attention de l'assistant médical et de l'équipe

Règles pour les assistants médicaux – Chapitre A1

Si un patient dont le diagnostic est connu appelle et dit que « c'est à nouveau comme d'habitude » → lui poser les questions suivantes : début (soudain ?), nature (différente de d'habitude ?), symptômes associés (fièvre, vertiges ?)

Si le patient décrit des douleurs nouvellement apparues ou très intenses → toujours transmettre l'information au médecin, pas d'ordonnance standard

Si un patient régulier ne voit pas d'amélioration depuis plus de 3 semaines → proposer directement un rendez-vous de suivi

8. Filet de sécurité

Signes d'alerte que le patient peut percevoir :

- Douleurs soudainement plus intenses ou de nature différente (lancinantes, brûlantes)
- Irradiation vers la poitrine, l'abdomen ou les jambes
- Engourdissement, faiblesse dans les jambes
- Fièvre > 38,5 °C
- Perte de poids sans cause apparente
- Douleurs qui réveillent la nuit

Délais : se rendre immédiatement aux urgences en cas de changement de l'état général. Revoir le patient dans deux semaines en l'absence d'amélioration. Contacter directement le cabinet en cas d'aggravation avant le rendez-vous.

9. Mini-M&M

! Mini-M&M – Le piège de la routine

1. Un patient souffrant de douleurs dorsales connues se présente – le médecin le suit depuis 10 ans
2. La douleur est aujourd'hui « plus forte que d'habitude » – le médecin rédige une ordonnance sans s'enquérir de la nature de la douleur
3. Le patient ne mentionne pas l'apparition soudaine des symptômes, car il pense que le médecin en est déjà au courant
4. Trois jours plus tard : syndrome aortique aigu – service des urgences

Points d'interruption :

- Question d'arrêt : « Comment cela a-t-il commencé cette fois-ci ? » aurait permis de détecter le changement de nature de la douleur
- L'assistant médical aurait pu poser des questions sur l'apparition soudaine lors du contact téléphonique

Question à l'équipe : avons-nous, dans notre cabinet, une règle précisant quand nous devons poser de nouvelles questions, même à des patients que nous connaissons bien ?

10. Règles du cabinet

✓ Règles du cabinet – Chapitre A1

Règle n° 1 : la familiarité n'est pas un filet de sécurité – même les patients réguliers ont besoin de questions d'arrêt.

Règle n° 2 : un changement dans la nature d'un symptôme connu est toujours un signal d'alarme.

Règle n° 3 : ce qui était « normal » hier n'exclut pas que ce soit « dangereux » aujourd'hui.

Règle n° 4 : pas d'ordonnance sans une brève vérification du contexte – même lors de la 38^e consultation de la journée.

11. Référence à l'annexe

- Annexe A : Modèle de fiche de questions d'arrêt (plastifiable pour la salle de consultation)
- Annexe A : Tableau des modes de défaillance (vierge à remplir en équipe)

12. Bibliographie

Bibliographie

1. Graber ML, Franklin N, Gordon R. Erreurs de diagnostic en médecine interne. Arch Intern Med. 2005 ; 165(13) : 1493-9.
2. Singh H, Sittig DF. Mesurer et améliorer la sécurité des patients grâce aux technologies de l'information en santé : le cadre de sécurité des technologies de l'information en santé. BMJ Qual Saf. 2016 ; 25(4) : 226–32.
3. Schiff GD, Hasan O, Kim S, Abrams R, Cosby K, Lambert BL, et al. Erreurs de diagnostic en médecine : analyse de 583 erreurs signalées par des médecins. Arch Intern Med. 2009 ; 169(20) : 1881–7.
4. Kostopoulou O, Delaney BC, Munro CW. Difficultés diagnostiques et erreurs en médecine générale – une revue systématique. Fam Pract. 2008 ; 25(6) : 400–13.
5. Newman-Toker DE, Pronovost PJ. Erreurs de diagnostic : le prochain défi pour la sécurité des patients. JAMA. 2009 ; 301(10) : 1060–2.

Partie B – Signaux d’alerte et erreurs d’urgence

B1 · Le piège de la routine : des symptômes courants masquent un danger

B2 · L’hyperglycémie n’est pas toujours de type 2

B3 · Une fièvre après un voyage n’est pas une infection banale

B4 · Thyroïde : la crise se manifeste cliniquement, pas par les résultats de laboratoire

B5 · Est-ce toujours des hémorroïdes ?

B6 · IU ne se ressemble pas à IU

B7 · Une situation aiguë, mais pas une urgence classique

« Ce qui est fréquent reste fréquent – mais les signaux d’alerte mettent fin à la routine »

B1 – Le piège de la routine : les symptômes fréquents masquent des situations dangereuses

1. Le piège de la routine

Quand des symptômes courants masquent des situations dangereuses

Règle fondamentale : *ce qui est fréquent reste fréquent – mais les signaux d’alerte mettent fin à la routine.*

1. Scène d’introduction

Lundi matin, le cabinet est bondé. Trois patients se présentent presque simultanément : « J’ai de nouveau une cystite. » « Je crois que mes hémorroïdes sont enflammées. » « J’ai de nouveaux maux de tête, probablement dus à des tensions. » Ces trois déclarations semblent relever de la routine. Elles peuvent toutes trois être bénignes – mais elles contiennent toutes trois des signaux d’arrêt potentiels : cystite + fièvre/douleur au flanc → pyélonéphrite. Hémorroïdes + douleur progressive/fièvre → abcès périanal. Maux de tête > 50 ans + douleur lors de la mastication/troubles de la vision → artérite à cellules géantes.

L’erreur ne résidait pas dans la routine en soi. L’erreur résidait dans une routine sans vérification des signaux d’arrêt.

2. Mécanique de l'erreur

La routine est inévitable et nécessaire dans le cabinet de médecine générale. Elle permet une prise en charge rapide et efficace. Mais la routine devient dangereuse lorsque les symptômes présentés par les patients sont traduits trop tôt en un diagnostic tout fait.

Cheminement de réflexion : motif fréquent → diagnostic familier → parcours de routine court → signaux d'arrêt non vérifiés → détection tardive d'une situation dangereuse.

Pertinence du Manuel 11 : la routine n'est sûre que si elle comporte des points d'interruption intégrés.

3. Erreurs de jugement typiques

Erreur de décision	Pourquoi est-ce plausible ?	Risque réel
« Cystite » → Ordonnance de fosfomycine par téléphone	Cas fréquent, la patiente est connue, une ordonnance suffit	Risque de passer à côté d'une pyélonéphrite ou d'une IU compliquée
« Hémorroïdes » → Prescription d'une pommade	Symptôme source de gêne, autodiagnostic du patient	Abcès périanal retardé chez un diabétique
« Céphalée de tension » chez une femme de plus de 50 ans	Diagnostic fréquent, aucun signe d'alerte à première vue	Artérite à cellules géantes, perte de l'acuité visuelle
« Ça va s'arranger tout seul » en cas de fièvre et de symptômes infectieux	La majorité des cas sont effectivement spontanément résolutifs	Septicémie, pneumonie, méningite non diagnostiquées

4. Règle de décision – La règle du signal d'arrêt

Pour toute consultation courante : vérifier les signaux d'arrêt AVANT d'entamer le parcours de soins habituel. Trois questions suffisent :

✓ Règle fondamentale
1. Qu'est-ce qui pourrait être dangereux dans ce cas, même si la situation est courante ? 2. Quelle serait la question qui mettrait fin au parcours de soins de routine ? 3. Quelle observation unique imposerait aujourd'hui une clarification ?
« La routine est autorisée – mais seulement après vérification des signaux d'arrêt. »

5. Exercices pratiques – Trois cas types

Cas n° 1 : cas de routine – dysurie sans signaux d'alerte

Situation initiale : patiente de 28 ans, sensation de brûlure lors de la miction depuis hier, pollakiurie, pas de fièvre, pas de douleur au flanc, pas de frissons, pas de grossesse, pas de récurrence au cours de ce trimestre.

Diagnostic : cystite sans complication. signaux d'arrêt activement écartés.

Prise en charge du jour : fosfomycine 3 g en dose unique, filet de sécurité en cas de fièvre/douleur au flanc, pas de rappel nécessaire pour un premier cas.

Mode d'échec évité : ✓ La vérification des signaux d'arrêt a légitimé la procédure de routine.

Cas n° 2 : cas limite – céphalée présentant un nouveau symptôme

Situation initiale : patiente de 55 ans, céphalées au niveau des tempes depuis 3 jours, pense qu'il s'agit d'une tension musculaire. Sur questionnement : a remarqué une douleur lors de la mastication au dîner, aucun autre symptôme.

Classification : cas limite – la douleur lors de la mastication fait basculer la classification. Artérite à cellules géantes possible.

Examens immédiats : troubles visuels ? Amaurose fugace ? Douleurs au niveau des épaules ou de la ceinture pelvienne ? VS/CRP en urgence.

Prise en charge du jour : VS/CRP dès aujourd'hui ; en cas de résultat positif, consultation urgente chez un rhumatologue ou un interniste. Pas d'analgésiques sans plan de suivi.

Mode de défaillance évité : ✓ Douleur à la mastication reconnue comme un signal d'arrêt.

Cas n° 3 : cas exceptionnel dangereux – abcès péréal chez un diabétique

Signal d'alerte

Douleur anale progressive + fièvre + diabète → pas de pommade contre les hémorroïdes, examen chirurgical immédiat

Examen le jour même / consultation chirurgicale – ne pas attendre

Mode d'échec évité : ✓ La nature de la douleur et les signes systémiques ont infirmé l'autodiagnostic.

6. Module court PVS

Module court PVS

Le patient/la patiente signale [terme désignant le symptôme du patient]. Vérification des signaux d'arrêt : fièvre [], douleur au flanc [], signes systémiques [], âge/contexte [], groupe particulier []. Symptôme principal : [classification personnelle]. Parcours de routine : [oui/non, justification]. Filet de sécurité : signes d'alerte [préciser], contact en cas de fièvre/détérioration. Réexamen : [date/condition].

7. Remarque à l'attention de l'assistant médical/de l'équipe

Remarque à l'attention des assistants médicaux et de l'équipe

Si le patient dit : « J'ai juste besoin d'une ordonnance pour un traitement contre une infection urinaire / d'une pommade contre les hémorroïdes / d'analgésiques » → toujours demander les signaux d'arrêt : fièvre ? aggravation de la douleur ? nouveaux symptômes ?

En cas de troubles anaux + sensation de fièvre + diabète → consultation chez le médecin le jour même, pas de rendez-vous de routine

Nouveaux maux de tête chez les patients > 50 ans → toujours prévenir le médecin au préalable

Si un patient connu dit « exactement comme d'habitude » → demander brièvement si le début et la nature des symptômes sont identiques

8. Filet de sécurité

Filet de sécurité – Signaux d'alerte

Fièvre > 38 °C → le jour même

Douleur au flanc, frissons, vomissements → consulter immédiatement le médecin ou se rendre aux urgences

Troubles de la vision, perte du champ visuel → se rendre immédiatement aux urgences / chez un ophtalmologue

Douleur périnéale croissante / sensation de fièvre → intervention chirurgicale le jour même

Pas d'amélioration après 48 h de traitement standard → nouvelle consultation

9. Mini-M&M

! Mini-M&M

1. Patiente de 72 ans, nouveaux maux de tête, le médecin pense à une « tension musculaire »
 2. Analgésique + application de chaleur recommandés, aucune question posée sur la douleur lors de la mastication
 3. 6 jours plus tard : perte de la vision d'un œil – artérite à cellules géantes, stéroïdes administrés trop tard
 4. Perte de vision définitive
- Point d'interruption : une question de signal d'arrêt « Douleur à la mastication ? Troubles visuels ? » aurait modifié le degré d'urgence

Question à l'équipe : disposons-nous d'une procédure standard de « signal d'arrêt » au téléphone en cas de nouveaux maux de tête chez les patients de plus de 50 ans ?

10. Règles de pratique

✓ Règles de pratique

- Règle n° 1 : les termes utilisés par les patients ne constituent pas des diagnostics – il faut toujours les traduire en symptôme principal.**
- Règle n° 2 : la procédure de routine n'est autorisée qu'après une négation active des signaux d'arrêt.**
- Règle n° 3 : les signes systémiques (fièvre, état général faible, frissons) interrompent tout parcours de routine.**
- Règle n° 4 : les groupes à risque (diabétiques, personnes immunodéprimées, > 50 ans) nécessitent un seuil plus bas.**

11. Référence à l'annexe

- Annexe B : Fiche des signaux d'alerte généraux (plastifiable)
- Annexe B : Tableau des signaux d'arrêt en fonction du symptôme principal

12. Bibliographie

📖 Bibliographie

1. Graber ML, Franklin N, Gordon R. Erreurs de diagnostic en médecine interne. Arch Intern Med. 2005 ; 165(13) : 1493-9.
2. Buntinx F, Mant D, Van den Bruel A, et al. Prise en charge des maladies graves à faible incidence en médecine générale. Br J Gen Pract. 2011 ; 61(582) : 43-6.
3. Kostopoulou O, Delaney BC, Munro CW. Difficultés et erreurs de diagnostic en médecine générale. Fam Pract. 2008 ; 25(6) : 400-13.
4. Stolper E, Van de Wiel M, Van Royen P, et al. L'intuition comme troisième voie dans le raisonnement diagnostique des médecins généralistes. J Gen Intern Med. 2011 ; 26(2) : 197-203.
5. Singh H, Schiff GD, Graber ML, et al. Le fardeau mondial des erreurs de diagnostic en médecine générale. BMJ Qual Saf. 2017 ; 26(6) : 484-94.

B4 – Thyroïde : la crise se manifeste cliniquement, pas par les résultats de laboratoire

Quand la TSH, la fT4 et les symptômes sont mal pondérés

Règle fondamentale : en cas de crise thyroïdienne, c'est le tableau clinique qui prime – et non la logique des résultats de laboratoire.

1. Scène d'introduction

Patiente de 52 ans présentant une maladie de Basedow connue, ayant arrêté le thiamazol il y a deux semaines. Elle présente : une fièvre à 39,6 °C, un pouls irrégulier à 168/min, des vomissements, une dyspnée, une agitation et une confusion, une TA de 92/58 mmHg. La réaction dangereuse : « Commençons par doser la TSH, la fT4 et la fT3, puis attendons les résultats. »

Ce serait une erreur. Ce cas clinique correspond à une crise thyrotoxisque : les résultats de laboratoire ne sont pas pertinents pour la prise de décision en situation d'urgence.

2. Mécanisme de l'erreur

En médecine générale, la prise en charge thyroïdienne repose fortement sur les analyses de laboratoire. Cela est pertinent pour les suivis de patients stables. Cela devient dangereux lorsque les résultats de laboratoire sont utilisés pour se substituer à l'urgence clinique. Les deux types d'erreurs existent : « Résultats de laboratoire non extrêmes → pas de crise » et « Résultats de laboratoire anormaux → réaction excessive ».

Règle de base : les résultats thyroïdiens aident à la classification et au suivi – le danger aigu se reconnaît sur le plan clinique et en fonction du contexte.

3. Erreurs de jugement typiques

Erreur de jugement	Pourquoi est-ce plausible ?	Danger réel
Tableau clinique thyrotoxique → d'abord les analyses, puis la décision	Procédure de routine guidée par les résultats de laboratoire	Perte de temps critique en cas de crise
TSH normale → « Ce n'est pas la thyroïde »	La TSH est reconnue comme un marqueur de dépistage fiable	Hypothyroïdie centrale, rétablissement précoce, interférence
Début du traitement par thiamazol → pas de numération globulaire	Traitement courant, substance connue	Agranulocytose non détectée (mettant la vie en danger)
Résultats contradictoires → poursuite du traitement	Le laboratoire est objectif	Interférence de la biotine, problème de dosage, maladie thyroïdienne centrale

4. Règle de décision – La règle « clinique avant laboratoire »

✓ Règle fondamentale
Étape 1 : Le patient est-il stable ? (circulation, état de conscience, fièvre, tachyarythmie, dyspnée) Étape 2 : Les résultats de laboratoire correspondent-ils au tableau clinique ? (Incohérence → vérifier le contexte) Étape 3 : Y a-t-il un contexte à risque ? (nouvelle prise de thiamazol, surdosage de l'évothyroxine, grossesse, amiodarone, biotine) Étape 4 : Faut-il intervenir aujourd'hui ? « La crise thyroïdienne est un tableau clinique, pas une valeur chiffrée. »

5. Études de cas – Trois cas types

Cas n° 1 : cas de routine – début du traitement par thiamazol, fièvre et maux de gorge

Situation initiale : patient de 33 ans, atteint de la maladie de Basedow, traitement au thiamazol commencé il y a 3 semaines. Présente désormais de la fièvre et des maux de gorge. Il appelle : « J'ai un rhume, puis-je prendre de l'ibuprofène ? »

Signal d'alerte : thiamazol + fièvre

Thiamazol + fièvre/maux de gorge = exclure une agranulocytose → hémogramme avec formule leucocytaire immédiatement

Ne pas « attendre que le rhume passe » – l'agranulocytose peut être mortelle en quelques jours

Mode d'échec évité : ✓ L'anamnèse concernant le thiamazol a été identifiée comme facteur déclencheur justifiant une numération globulaire immédiate.

Cas n° 2 : cas limite – résultats contradictoires : TSH diminuée, fT4 normale

Situation initiale : patiente de 44 ans, TSH supprimée, fT4 normale, aucun symptôme d'hyperthyroïdie. La patiente prend de la biotine à forte dose contre la chute des cheveux.

Interprétation : interférence de laboratoire due à la biotine probable. Pas d'indication thérapeutique, mais répétition des analyses sans biotine.

Procédure actuelle : interrompre la biotine pendant 3 jours, refaire les analyses. Pas de modification du traitement sur la base de valeurs faussées par une interférence.

Mode d'échec évité : ✓ La discordance entre les résultats de laboratoire et le tableau clinique a déclenché une question de contexte.

Cas n° 3 : cas exceptionnel dangereux – crise thyrotoxique

Signal d'alerte – crise thyrotoxique

Fièvre + tachyarythmie + confusion + hyperthyroïdie connue → Appeler les urgences (112), ABCDE

Ne pas attendre les résultats d'analyses, pas de prise en charge ambulatoire, pas de mesures isolées

Transfert : suspicion de crise thyroïdienne, instabilité vitale

Mode d'échec évité : ✓ Tableau clinique identifié – résultats de laboratoire non pertinents pour la prise de décision en situation d'urgence.

6. Module court PVS

Module court PVS

Patient(e) sous traitement thyroïdien ou atteint(e) d'une affection thyroïdienne. Examen clinique : circulation stable [], fièvre [], tachyarythmie [], symptômes du SNC []. Traitement médicamenteux : thiamazol [], lévothyroxine [], amiodarone [], biotine []. Bilan biologique : TSH [], fT4 [] – cohérent avec le tableau clinique []. Évaluation : stable/en ambulatoire / signes de crise → service de médecine. Signes d'alerte : fièvre + tachycardie + confusion → service des urgences immédiatement.

7. Remarque à l'attention de l'assistant médical et de l'équipe

Remarque à l'attention de l'assistant médical et de l'équipe

Un patient sous thiamazol/carbimazol appelle pour signaler de la fièvre ou un mal de gorge → toujours informer immédiatement le médecin
Hyperthyroïdie connue + tachycardie sévère/confusion → appeler les secours, ne pas attendre
De la biotine dans le plan thérapeutique ? → à consigner dans le dossier thyroïdien

8. Filet de sécurité

Filet de sécurité – Signes d'alerte

Sous thiamazol : fièvre ou maux de gorge → faire immédiatement un hémogramme (agranulocytose)
Accélération du pouls à > 120/min, vertiges, confusion → se rendre immédiatement aux urgences
Tachycardie + fièvre + anamnèse d'hyperthyroïdie → appeler les secours

9. Mini-M&M

Mini-M&M

1. Patient sous thiamazol depuis 4 semaines, fièvre à 38,2 °C – le médecin pense à un rhume
2. Pas de numération globulaire, ibuprofène recommandé
3. 3 jours plus tard, admission aux urgences pour agranulocytose et septicémie
Point d'interruption : le thiamazol associé à de la fièvre aurait dû déclencher immédiatement une numération différentielle
Question à l'équipe : avons-nous une règle de pratique : thiamazol + fièvre → numération globulaire immédiate ?

10. Règles de pratique

Règles de pratique

Règle n° 1 : la crise thyrotoxique est diagnostiquée cliniquement – les résultats de laboratoire ne constituent pas un critère d'admission.
Règle n° 2 : thiamazol + fièvre = exclure une agranulocytose. Ne pas attendre.
Règle n° 3 : résultats de laboratoire discordants → s'informer du contexte avant de modifier le traitement.
Règle n° 4 : la grossesse et le désir d'enfant modifient fondamentalement le traitement thyroïdien.

12. Bibliographie

Bibliographie

1. Idrose AM. Thyrotoxicose et crise thyroïdienne. Emerg Med Clin North Am. 2014 ; 32(2) : 277–92.
2. Bahn RS, Burch HB, Cooper DS, et al. Hyperthyroïdie et autres causes de thyrotoxicose : recommandations de prise en charge. Thyroid. 2011 ; 21(6) : 593–646.
3. Jonklaas J, Bianco AC, Bauer AJ, et al. Recommandations pour le traitement de l'hypothyroïdie. Thyroid. 2014 ; 24(12) : 1670–751.
4. Koulouri O, Gurnell M. Comment interpréter les tests de la fonction thyroïdienne. Clin Med (Lond). 2013 ; 13(3) : 282–6.
5. Bartalena L, Bogazzi F, Chiovato L, et al. Recommandations 2018 de l'Association européenne de la thyroïde (ETA) pour la prise en charge des troubles thyroïdiens associés à l'amiodarone. Eur Thyroid J. 2018 ; 7(2) : 55–66.

Partie D – Traitement et médicaments

Manuel 11 | Partie D – Traitement et médicaments

D1 / D2

Prescrire des médicaments psychiatriques en toute sécurité

Traitement par ISRS et prise en charge des benzodiazépines dans le cabinet de médecine générale

D1 - Traitement par ISRS : rendez-vous de contrôle en fonction du risque, et non de l'apparition de l'effet

1. Scène d'introduction

Une patiente de 24 ans souffrant de dépression et de troubles paniques se voit prescrire son premier ISRS. Elle est informée du délai d'action du traitement – un suivi est prévu au bout de six semaines. Au bout de dix jours, elle développe une forte agitation, de l'insomnie et des pulsions d'automutilation croissantes. Elle ne prend pas rendez-vous car elle pense : « Le médecin a dit que je devais attendre six semaines. »

Point clé du Manuel 11 : D1

La date du suivi dépend de la période à risque – et non du délai d'action du traitement.

Les effets indésirables tels que l'agitation, l'akathisie et les tendances suicidaires apparaissent précocement.

L'effet se manifeste plus tard. Le suivi doit avoir lieu plus tôt.

2. Mécanique de l'erreur

Erreur lors de la mise en place d'un traitement par ISRS

Début du traitement par ISRS → Effet attendu après 4 à 6 semaines → Rendez-vous de suivi après 6 semaines

→ Une agitation précoce, une akathisie ou des tendances suicidaires apparaissent au cours des semaines 1 à 2

→ Le patient attend – ne donne pas de nouvelles – la période à risque n'est pas surveillée

3. Erreurs de décision typiques

Erreur de décision	Pourquoi cela semble plausible	Pourquoi est-ce dangereux ?
Contrôle effectué seulement après l'apparition de l'effet (6 semaines)	L'effet ne se manifeste qu'à ce moment-là	Les effets secondaires précoces passent inaperçus
Informations fournies uniquement oralement, sans liste des signes d'alerte	Gain de temps, le cabinet est bondé	La patiente ne se souvient pas de ce qu'elle doit signaler
Pas de rappel par l'assistant médical après le début du traitement par ISRS	Relève de l'appréciation	Absence de boucle de sécurité active
Aucun plan d'urgence documenté	Semble inutile	Tendances suicidaires sans moyen de contact – dangereux
Bipolarité non vérifiée avant la mise sous ISRS	Aucune manie active détectable	Les ISRS peuvent déclencher un épisode maniaque

4. Règle de décision : règle de la « fenêtre de risque »

Règle succincte D1
Consultation de suivi n° 1 : après 1 à 2 semaines (effets indésirables, agitation, akathisie, tendances suicidaires)
Consultation de suivi n° 2 : après 4 à 6 semaines (évaluation de l'efficacité)
Remettre par écrit les signes d'alerte
Consigner le plan de crise et les coordonnées de contact
Évaluer et consigner les risques de suicidalité / de trouble bipolaire AVANT le début du traitement
Programmer un rappel par l'assistant médical après le début du traitement par ISRS

5. Formation aux cas cliniques – Trois cas types

Cas n° 1 : mise en place d'un traitement par ISRS sans suivi précoce

Résumé du PVS
SSRI [nom du médicament] instauré le [date]. Suivi précoce prévu entre la 1re et la 2e semaine pour évaluer l'activation, les effets indésirables et les tendances suicidaires, fixé au [date].
Prochain suivi de l'efficacité après 4 à 6 semaines le [date]. Signes d'alerte à noter par écrit : agitation, akathisie, insomnie, pensées suicidaires, manie.
Plan de crise et moyens de contact consignés. Bipolarité/tendances suicidaires abordées au préalable.

Message au patient : « Nous n'attendrons pas six semaines sans prendre contact. L'effet du traitement prend du temps, mais les effets indésirables peuvent survenir plus tôt. C'est pourquoi nous nous reverrons rapidement. »

Règle de pratique : les rendez-vous de suivi dépendent du risque, et non de l'apparition de l'effet thérapeutique.

Cas n° 2 : l'akathisie interprétée à tort comme une « aggravation de l'anxiété »

La patiente signale après dix jours « davantage d'agitation » – le cabinet augmente la dose d'ISRS. En réalité : l'akathisie est un effet secondaire du médicament, et non une aggravation de l'anxiété.

Erreur de prise en charge

Agitation sous ISRS → considérée comme un symptôme d'anxiété → dose augmentée → aggravation de l'akathisie → crise

Règle de décision : en cas d'agitation sous ISRS, toujours envisager l'akathisie comme diagnostic différentiel. N'augmenter la dose qu'après avoir exclu tout effet indésirable.

Cas n° 3 : absence d'évaluation du risque suicidaire lors de la première prescription d'ISRS

Cas d'exception dangereux

Groupe à risque : les adolescents et les jeunes adultes sous ISRS présentent un risque accru de suicide au cours des premières semaines.

Obligation : interroger activement sur les pensées suicidaires et les pulsions d'automutilation AVANT et APRÈS le début du traitement.

Obligation de documentation : évaluation du risque suicidaire et plan de crise dans le dossier médical électronique (PVS).

6. Module PVS

Modèle d'enregistrement PVS pour les ISRS

Début du traitement par ISRS [nom du médicament, posologie] : [date]. Indication : [dépression/trouble anxieux/...].

Risque suicidaire abordé au préalable : [non/présent – plan de crise : ...].

Bipolarité vérifiée : [aucune manie/hypomanie connue / prudence : ...].

Signes d'alerte expliqués et consignés par écrit : agitation, akathisie, insomnie, pensées suicidaires, activation, manie.

Contrôle précoce : [date, semaine 1-2]. Contrôle de l'efficacité : [date, semaine 4-6]. Rappel de l'assistant médical programmé.

7. Remarque pour l'assistant médical

Procédure standard de l'assistant médical lors de la mise en place d'un traitement par ISRS

Inscrire le rendez-vous de suivi semaine 1-2.

Inscrire le rendez-vous de suivi semaines 4 à 6.

Le/la patient(e) reçoit une consigne lui demandant de signaler rapidement toute aggravation de son état.

En cas de signes d'alerte, signaler immédiatement le problème au médecin.

Phrase type de l'assistant médical

« Lors de la mise en place d'un nouvel antidépresseur, nous prévoyons un suivi précoce, car les effets indésirables peuvent survenir avant l'effet souhaité. »

Prévenir immédiatement le médecin en cas de

pensées suicidaires ou tentatives d'automutilation

Agitation intense / akathisie

Manque de sommeil pendant plusieurs nuits

Agitation maniaque / changement de personnalité

Confusion, fièvre et spasmes musculaires (signes du syndrome sérotoninergique)

Tachycardie ou évanouissement

Le patient souhaite arrêter brusquement le traitement

8. Filet de sécurité

Filet de sécurité absolu en cas de traitement par ISRS :

- Communiquer avec la ligne d'écoute d'urgence / les urgences psychiatriques
- Le rendez-vous de contrôle précoce n'est pas facultatif – l'ancrer clairement dans le dossier médical électronique
- Remettre par écrit les signes d'alerte
- En cas de risque suicidaire : suivi étroit, pas de réserve mensuelle de médicaments
- Préciser la disponibilité du cabinet en cas de crise

9. Règles du cabinet

Règles du cabinet concernant les ISRS

1. Commencer un traitement par ISRS sans rendez-vous de contrôle précoce est une erreur.
2. Vérifier et consigner la présence de tendances suicidaires et de troubles bipolaires avant le début du traitement.
3. Interroger activement le patient sur l'acathisie et l'agitation – ne pas attendre qu'il en fasse part.
4. Consigner les signes d'alerte par écrit – ne pas se contenter d'une simple communication orale.
5. Le rappel par l'assistant médical est une obligation, pas une option.

Partie H – Apprentissage pratique, mini-M&M, outils numériques et IA

H1 – Formation aux cas cliniques en équipe

L'apprentissage passe par la répétition, et non par une simple lecture.

1. Scène d'introduction

Jeudi matin, 7 h 50, avant l'arrivée du premier patient. La médecin a décidé de discuter brièvement avec son équipe d'un cas survenu la semaine précédente : une patiente de 67 ans présentant une fibrillation auriculaire d'apparition récente avait dû attendre trois jours pour obtenir ses résultats d'analyses, car la règle de suivi n'était pas claire. Tout s'est finalement bien terminé.

Mais la médecin le sait : cela aurait pu se passer autrement.

La réunion d'équipe commence – et se termine, comme toujours, au bout de huit minutes par des questions d'organisation. Le cas n'est pas abordé. Aucune règle n'est formulée. Aucun module du PVS n'est mis à jour.

Deux semaines plus tard, une situation presque identique se reproduit.

Point essentiel du Manuel 11 :

L'erreur n'était pas que personne n'était compétent.

L'erreur, c'est que personne n'avait été formé à ce qu'il fallait faire dans cette situation.

La formation ne s'acquiert pas par une simple lecture, mais par une répétition structurée au sein de l'équipe.

2. Mécanique de l'erreur

La qualité des soins prodigués par les médecins généralistes est souvent considérée comme un problème de connaissances individuelles. Le Manuel 11 la conçoit comme un problème de formation au sein de l'équipe.

Réflexion – Pourquoi la formation en équipe échoue :

Un événement critique survient

- > Une réunion est prévue, mais reportée
- > Pas de format structuré -> La discussion reste d'ordre organisationnel
- > L'erreur n'est pas analysée -> Aucune règle n'en est tirée
- > Le module PVS n'est pas adapté
- > Répétition de l'erreur lors de la prochaine situation similaire

Les trois pièges les plus courants dans la formation d'équipe :

- Le piège de la « connaissance sans pratique » : l'équipe connaît la théorie, mais il lui manque des routines d'action pour la pratique quotidienne.
- L'illusion du manque de temps : les sessions courtes (3 × 5 minutes) sont perçues comme irréalisables, alors qu'elles prennent moins de temps que de devoir gérer à nouveau la même erreur.
- Le blocage lié à l'évitement de la responsabilité : les discussions d'équipe sur les erreurs sont évitées faute de format adapté – et non parce que l'équipe ne souhaite pas apprendre.

Pertinence du Manuel 11 : ce chapitre explique comment mettre en place, au sein d'une équipe de médecins généralistes, un processus d'apprentissage à partir des erreurs qui soit structuré, accessible et exempt de reproches.

3. Erreurs de décision typiques

Mauvaise décision	Pourquoi est-ce plausible ?	Danger réel
« On a tous déjà entendu ça. »	Les connaissances sont présentes – la réunion semble superflue.	La connaissance sans entraînement ne permet pas d'acquérir une routine d'action. En cas d'urgence, le déroulement automatique fait défaut.
« Nous n'avons pas le temps pour ça. »	Les réunions d'équipe sont déjà consacrées à des questions d'organisation.	Sans format court et structuré, l'erreur se répète. À long terme, cela prend plus de temps.
« C'est le médecin qui s'en charge / c'est l'assistant médical qui s'en charge. »	Les rôles semblent clairement définis.	Les lacunes dans les processus apparaissent précisément dans la zone grise entre les rôles – et ne sont jamais identifiées.
« On s'en occupe s'il y a une véritable erreur. »	L'impulsion d'apprentissage est reportée aux situations exceptionnelles.	Les quasi-erreurs sont plus fréquentes et plus instructives. Sans culture du « quasi-erreur », un « quasi » se transforme en préjudice réel.

4. Règle de décision – La règle de l'équipe « 3 × 5 minutes »

Chaque réunion d'équipe destinée à réagir à un moment critique suit ce format :

Phase	Durée	Question / Tâche	Résultat
1. Présentation du cas	5 min	Que s'est-il passé ? Qui était impliqué ? À quel moment la situation a-t-elle failli mal tourner ?	Compréhension commune de la situation initiale
2. Analyse des erreurs	5 min	Où se situait la faille ? Quel mode de défaillance ? Qu'aurait-on pu détecter plus tôt ?	Identification du mécanisme – sans recherche de responsables
3. Règle de pratique	5 min	Que changeons-nous ? Une nouvelle règle, un module PVS, une fiche d'assistant médical ou un accord d'équipe ?	Résultat concret : règle formulée et documentée

Règle en bref :

15 minutes de formation structurée en équipe permettent d'éviter ce que 15 heures de gestion des erreurs coûteraient.

Conditions-cadres importantes :

- Ce format n'est pas facultatif : c'est la norme en pratique. Une fois par semaine ou par mois, inscrit de manière fixe dans l'agenda.
- Ce n'est pas un exercice visant à attribuer des responsabilités : il s'agit toujours du mécanisme, jamais de la personne.
- Le résultat est toujours une règle, un élément constitutif ou un accord d'équipe – pas de compte-rendu sans suite concrète.

5. Formation par cas – trois cas clés

Cas n° 1 – Cas de routine : réunion d'équipe après un événement non critique

Situation initiale	
Vignette	Une patiente chez qui une hypothyroïdie vient d'être diagnostiquée a quitté l'hôpital avec une ordonnance de TSH et de L-thyroxine. Trois semaines plus tard, elle demande à l'accueil : « Je devrais avoir un contrôle, non ? » Aucun rappel n'est enregistré dans le dossier médical électronique.
Analyse	Cas de routine – situation courante. Aucun préjudice, mais une boucle non bouclée. Cas idéal pour la formation.
Clarification immédiate	Qui a reçu la consigne de rappel ? Une procédure standard de rappel pour les nouveaux traitements thyroïdiens avait-elle été communiquée ?
Procédure actuelle	Format 3 × 5 minutes : discuter du cas -> identifier la lacune (absence de procédure standard de rappel après la première prescription d'un traitement thyroïdien) -> règle de pratique : nouveau contrôle de la TSH après 6 à 8 semaines = demande de rappel automatique par l'assistant médical.
Mode de défaillance évité	Piège de la « boucle ouverte ». Si le contrôle n'avait pas eu lieu, un sous-dosage serait resté inaperçu pendant des mois.

Cas n° 2 – Cas limite : discussion du cas après une quasi-erreur

Situation initiale	
Vignette	Un patient ayant repris un traitement par ISRS et présentant un trouble bipolaire connu en rémission avait prévu son prochain rendez-vous de suivi dans six semaines. Au cours de la première semaine, il s'est plaint par téléphone d'insomnie et d'une augmentation de son dynamisme – l'assistant médical a noté « à recontacter en cas de symptômes » et a raccroché. Une semaine plus tard, il s'est présenté dans un état hypomaniaque.
Analyse	Cas limite avec une grave quasi-erreur. S'il avait existé une règle d'arrêt pour les assistants médicaux, l'appel aurait été identifié comme un signal d'alerte.
Clarification immédiate	Quelles questions précises l'assistant médical a-t-il posées au téléphone ? Existait-il une fiche d'assistant médical pour le suivi précoce des ISRS ? Le diagnostic de trouble bipolaire était-il visible dans le dossier médical électronique ?
Procédure actuelle	Format 3×5 : discuter du cas en détail (sans blâmer l'assistant médical – il ne disposait pas du protocole) -> identifier le mécanisme (absence de règle

Situation initiale	
	téléphonique pour le suivi précoce des ISRS) -> nouveau module du PVS : « Début du traitement par ISRS : fiche de l'assistant médical avec questions d'arrêt pour le premier contact téléphonique après 7 à 10 jours ».
Mode de défaillance évité	Piège « ordonnance plutôt que processus ». L'instauration d'un ISRS n'est pas la fin, c'est le début d'une fenêtre de risque.

Cas n° 3 – Cas d'exception dangereux : défaillance systémique de l'équipe

Situation initiale	
Vignette	Trois médecins différentes du cabinet consignent les filets de sécurité de manière différente : l'une en texte libre, l'autre à l'aide d'abréviations, la troisième pas du tout. Lors d'un entretien de transfert de patient, une incertitude surgit quant à savoir si un entretien sur les signes d'alerte a bien eu lieu.
Classification	Erreur systémique de l'équipe. Pas d'échec individuel – absence de normes au sein du cabinet.
Clarification immédiate	Le cabinet dispose-t-il d'un format de documentation obligatoire pour les filets de sécurité ? Est-ce intégré au système de gestion des patients (PVS) ou laissé à l'appréciation de chacun ?
Procédure actuelle	Aucune mesure d'urgence n'est nécessaire. À la place : exercice d'équipe lors de la prochaine réunion – chaque personne documente la même clôture de dossier. Comparer les résultats -> élaborer ensemble un module du PVS -> déterminer qui se chargera de le saisir.
Mode de défaillance évité	Piège des boucles ouvertes + erreurs de documentation. Le libre arbitre individuel dans les tâches système engendre des incohérences et des risques liés au transfert de prise en charge.

6. Module court du PVS

Module PVS – Procès-verbal de formation en équipe
Cas d'équipe [date, code]. Situation discutée : [brève description]. Mode de défaillance identifié : [par ex. boucle ouverte / règle MFA manquante / documentation peu claire]. Résultat de la formation : [nouvelle règle / module PVS adapté / fiche de l'assistant médical créée]. Responsable de la mise en œuvre : [personne / date]. Prochain contrôle : [date].

Remarque : ce compte-rendu n'a pas besoin d'être formel – une brève note dans un document partagé ou directement dans le PVS suffit. C'est le résultat qui compte, pas le compte-rendu.

7. Remarque concernant l'assistant médical et l'équipe

Assistant médical et équipe – Règles d'action pour la formation aux situations concrètes

Si, après un incident, le médecin dit « nous en discuterons la semaine prochaine » -> noter immédiatement la date dans le calendrier de l'équipe.

Si une nouvelle règle est établie lors d'une réunion d'équipe → créer une fiche d'assistant médical ou mettre à jour celle qui existe déjà.

Si un assistant médical, lors d'un contact téléphonique, ne sait pas comment réagir -> il s'agit d'un signal de formation, et non d'une erreur personnelle.

Si le même problème se présente une deuxième fois → vérifier le module PVS : manque-t-il une norme ?

Si une réunion ne dure que 5 minutes -> cela suffit pour un scénario de défaillance. Pas besoin de plus de temps.

8. Filet de sécurité

Signaux d'alerte – Lorsque la formation d'équipe ne fonctionne pas

Le même type d'erreur se répète à intervalles rapprochés → Aucune formation n'a eu lieu ou la règle n'est pas ancrée.

Les nouveaux collaborateurs développent leurs propres systèmes -> Pas de wiki pratique, pas de norme d'intégration.

Les discussions d'équipe se terminent toujours sans résultat concret -> le format fait défaut ou le temps imparti est insuffisant.

Les modules PVS sont utilisés différemment selon les personnes -> manque de standardisation.

En cas de répétition du même type d'erreur dans un délai de 4 semaines : réunion extraordinaire immédiate pour une analyse d'équipe de 15 minutes. Pas de report.

9. Mini-M&M

Mini-M&M – La formation d'équipe n'a pas été dispensée

Que s'est-il passé ? Une patiente ayant récemment commencé un traitement anticoagulant suite à une fibrillation auriculaire n'avait pas effectué de contrôle au bout de 6 semaines. Le rappel n'avait pas été enregistré.

Pourquoi ? La règle concernant les rappels après une première prescription d'anticoagulants n'avait jamais été formalisée.

Pourquoi ? Après un quasi-erreur similaire survenue trois mois auparavant, le sujet avait été abordé, mais n'avait pas été formulé sous forme de règle.

Point d'interruption : le premier incident survenu il y a trois mois aurait dû déboucher sur une règle. Le moment propice à une discussion en équipe était là, mais le format faisait défaut.

Question à l'équipe : quel événement survenu au cours des quatre dernières semaines aurait mérité une règle de pratique – et en a-t-il bénéficié ?

10. Règles pratiques

Règles pratiques H2 – Formation par cas en équipe

Règle n° 1 : 15 minutes d'entraînement en équipe une fois par semaine ou par mois constituent la norme dans la pratique – ce n'est pas facultatif.

Règle n° 2 : aucune réunion d'équipe ne se termine sans qu'au moins une règle, un élément constitutif ou une tâche ait été formulé(e).

Règle n° 3 : les quasi-erreurs sont plus précieuses que les vraies erreurs, car elles permettent d'apprendre sans causer de préjudice.

Règle n° 4 : la formation ne relève pas de la bonne volonté de chacun – elle doit figurer dans le calendrier du cabinet.

11. Référence à l'annexe

Annexe A : Modèle vierge de compte-rendu de cas d'équipe (format 3 × 5 minutes)

Annexe H : Modèle de mini-M&M pour les réunions d'équipe (également utilisable au format numérique)

Chapitre H1 : Mini-M&M – Principes fondamentaux du format d'apprentissage sans culpabilité

Chapitre E1 : Le rappel est une thérapie – Boucles ouvertes et organisation du cabinet

12. Bibliographie

Bibliographie

1. Reason J. Erreur humaine : modèles et gestion. BMJ. 2000 ; 320(7237) : 768-70.
2. Makeham MA, Kidd MR, Saltman DC, et al. Étude TAPS (The Threats to Australian Patient Safety) : incidence des erreurs signalées en médecine générale. Med J Aust. 2006 ; 185(2) : 95-8.
3. de Wet C, Bowie P. Développement préliminaire et tests d'un outil de détection global permettant d'identifier les erreurs et les préjudices subis par les patients dans les dossiers de soins primaires. Postgrad Med J. 2009 ; 85(1002) : 176-80.
4. Sandars J, Esmail A. Fréquence et nature des erreurs médicales en soins primaires. Fam Pract. 2003 ; 20(3) : 231-6.
5. Pham JC, Aswani MS, Rosen M, et al. Réduire les erreurs médicales et les événements indésirables. Annu Rev Med. 2012 ; 63 : 447-63.
6. Leonhardt C, Nass E, Schwantner I. Les discussions de cas comme outil de qualité dans le cabinet de médecine générale. Z Allg Med. 2019 ; 95(7-8) : 304-10.

Le suivi fait partie intégrante de la décision thérapeutique

Un changement de traitement sans suivi ne constitue pas une décision définitive

J3 - Le suivi fait partie intégrante de la décision thérapeutique

Un changement de traitement sans suivi n'est pas une fin en soi

1. Scène d'introduction

Monsieur L., 62 ans, tension artérielle mal contrôlée. Le médecin augmente la dose d'amlodipine à 10 mg et ajoute du ramipril. « Revenez dans 3 mois. » Aucun rappel n'a été programmé. Le patient revient au bout de 7 mois : créatinine désormais à 2,1 mg/dl (contre 1,0 auparavant), potassium à 5,8 mmol/l. Aucun suivi n'avait été prévu, aucun filet de sécurité n'avait été discuté.

L'erreur ne réside pas dans le choix thérapeutique. L'erreur est la suivante : une mesure prise sans suivi.

2. Mécanique de l'erreur

Un changement de traitement n'est pas un acte isolé : c'est le début d'un processus qui doit faire l'objet d'un suivi. Le réflexe : prendre une décision → établir une ordonnance → passer au patient suivant. Ce qui manque : (1) définir un critère de réussite, (2) fixer une date de contrôle, (3) désigner un filet de sécurité, (4) documenter un plan B.

5 erreurs courantes : (1) mesure sans suivi / (2) filet de sécurité réduit à une formule toute faite (« revenez s'il y a un problème ») / (3) interruption d'urgence sans plan de reprise / (4) plusieurs changements simultanés / (5) documentation sans justification de la décision.

3. Erreurs de décision typiques

Mauvaise décision	Pourquoi cela semble plausible	Danger réel
Début du traitement sans rendez-vous de biologie	Le patient doit « simplement commencer »	Détérioration de la fonction rénale / déséquilibre électrolytique non détecté
« Venez si vous avez un problème » comme filet de sécurité	Gain de temps	Aucun signe d'alerte concret n'est mentionné → le patient ne sait pas quand il doit venir
Plusieurs changements simultanés	Effet efficace	En cas de problème : impossible d'identifier la cause
Pause d'urgence sans plan de redémarrage	Situation aiguë résolue	Le médicament n'est plus jamais réintroduit → sous-traitement chronique
Documentation : « Traitement modifié »	Documentation rapide	Pourquoi ? Avec quoi ? Quand contrôler ? Tout manque

4e règle de décision : la règle des 5 questions

✓ Règle fondamentale : la règle des 5 questions pour chaque changement de traitement
Q1 : POURQUOI ? – Indication claire, décision sans alternative ?
W2 : QUOI ? – Quel médicament, quelle posologie, quel changement exactement ?
W3 : À QUOI reconnaît-on le succès et les effets indésirables ? – Critères de succès mesurables (tension artérielle, HbA1c, LDL, symptômes) ET critères d'effets indésirables (créatinine, potassium, paramètres hépatiques)
W4 : QUAND effectuer le contrôle ? – Date/période précise pour les analyses de suivi et la consultation de suivi
W5 : QUEL EST LE PLAN B ? – En cas d'échec ou d'effet indésirable : documenter de manière précise
Règle simple : un changement de traitement sans ces 5 « W » n'est pas finalisé.

5. Études de cas – Trois cas types

Cas n° 1 : cas de routine – Contrôle de la pression artérielle avec suivi

Monsieur M., 56 ans, TA 158/95 malgré 5 mg d'amlodipine. Ajout de 5 mg de ramipril. → W1 : valeur cible < 130/80 non atteinte. W2 : 5 mg de ramipril à partir d'aujourd'hui. W3 : Succès = TA < 130/80 dans 4 semaines ; effet indésirable = augmentation de la créatinine/du potassium, toux. W4 : Bilan sanguin dans 2 semaines (créatinine, potassium), contrôle de la TA dans 4 semaines. W5 : En cas d'augmentation de la créatinine > 20 % → réduire le ramipril, consulter un néphrologue.

Mode d'échec évité : ramipril sans contrôle de laboratoire → fonction rénale non surveillée → créatinine à 2,1 après 7 mois.

Cas n° 2 : cas limite – interruption temporaire et plan de reprise

Mme N., 68 ans, sous metformine avec un taux d'HbA1c de 7,2 %, le DFG chute à 42 (en dessous du seuil de 45). Suspension de la metformine en raison du risque d'acidose lactique. → Semaine 5 (plan B) : si le DFG redevient > 45 : reprise de la metformine à 500 mg, contrôle du DFG dans 6 semaines. Rappel PVS : « Reprise de la metformine si DFG > 45 ».

Mode d'échec évité : interruption de la metformine sans plan de reprise → le DFG se rétablit → la metformine n'est jamais reprise → moins bon contrôle glycémique sans raison.

Cas n° 3 : cas exceptionnel dangereux – plusieurs changements simultanés

Monsieur O., 71 ans, suivi : statine à forte dose + augmentation de la dose de l'inhibiteur de l'ECA + nouveau diurétique. Le tout lors d'un seul rendez-vous. 3 semaines plus tard : myalgie + élévation des paramètres rénaux. Quel changement est en cause ?

→ Si possible : un seul changement par consultation. Si plusieurs sont nécessaires : établir des priorités (commencer par le plus urgent), reporter le changement suivant à la consultation suivante. En cas de changements multiples difficiles à cerner : procéder à une suppression progressive en remontant dans le temps (le dernier ajouté est le premier supprimé).

Mode de défaillance évité : impossibilité d'identifier la cause → arrêt de tous les médicaments par mesure de précaution → risque cardiovasculaire non contrôlé.

 Module court PVS – Modification de la médication avec documentation selon les 5 W
Modification du traitement : [substance/dose/type de modification].
Pourquoi : [indication / efficacité insuffisante / effet indésirable].
Critère de réussite : [objectif TA / objectif HbA1c / contrôle des symptômes] dans [X semaines].
Signal d'alerte : [créatinine / potassium / paramètres hépatiques / myalgie / autre].
Rendez-vous de suivi : analyses de laboratoire [date], suivi clinique [date].
Plan B : [réduction de la dose / changement de substance / arrêt du traitement si le critère X est atteint].

 Remarque à l'attention de l'assistant médical / de l'équipe
Après chaque changement de traitement : fixer un rendez-vous de suivi dans le dossier médical électronique (analyses de laboratoire et/ou examen clinique).
Si le patient indique que son « traitement a été modifié » sans rendez-vous de suivi → consulter le médecin.
Modèles de rappel de laboratoire pour les changements fréquents : inhibiteurs de l'ECA (2 semaines), statines (6 à 8 semaines), méthotrexate (4 semaines).

 Filet de sécurité – Changement de traitement
Immédiatement : œdème de Quincke sous inhibiteur de l'ECA/sartan (urgence), faiblesse musculaire importante sous statine
Dans les 24 h : toux intense après la mise en place d'un inhibiteur de l'ECA (peut être une obstruction des voies respiratoires), troubles du rythme cardiaque
Dans un délai d'une semaine : aggravation notable de l'état général après le changement
Suivi des analyses : créatinine/potassium après prise d'un inhibiteur de l'ECA (2 semaines), LDL après prise d'une statine (6 à 8 semaines), INR après début d'un traitement anticoagulant (3 à 5 jours)

Mini-M&M : lacune dans la surveillance après ajustement de la TA
Augmentation de la dose d'amlodipine + ajout de ramipril. Oubli du contrôle de laboratoire. Patient après 7 mois : créatinine 2,1, potassium 5,8. Insuffisance rénale chronique.
Pourquoi : pas de contrôle de laboratoire après la mise en place d'un inhibiteur de l'ECA. Pas de filet de sécurité concret.
Point d'arrêt : « Règle des 5 questions : quand et que contrôlons-nous ? » – avant de quitter la salle.
Question à l'équipe : disposons-nous d'un modèle PVS pour la mise en place automatique d'un rappel après des changements de traitement ?

 Règles de pratique – Suivi
Règle n° 1 : tout changement de traitement ne prend fin qu'une fois le rendez-vous de suivi fixé.
Règle n° 2 : « Venez s'il y a un problème » ne constitue pas un filet de sécurité – il faut identifier des signes d'alerte concrets.
Règle n° 3 : un seul changement par rendez-vous si possible – cela permet de déterminer la cause.
Règle n° 4 : le plan B fait partie intégrante de la décision – il ne faut pas l'envisager seulement lorsque quelque chose tourne mal.

Bibliographie

1. Lavan AH, Gallagher PF, O'Mahony D. Méthodes visant à réduire les erreurs de prescription chez les patients âgés. Clin Interv Aging. 2016 ; 11 : 857-66.
2. Masnoon N, et al. Qu'est-ce que la polypharmacie ? BMC Geriatr. 2017 ; 17(1) : 230.
3. O'Mahony D, et al. Critères STOPP/START, version 3. Age Ageing. 2023 ; 52(4) : afad201.
4. Renom-Guiteras A, et al. La liste EU(7)-PIM : une liste de médicaments potentiellement inappropriés pour les personnes âgées. Eur J Clin Pharmacol. 2015 ; 71(7) : 861-75.
5. Recommandation de la DEGAM sur la polymédication. N° AWMF 053-043. 2021.

LESEPROBE

Découvrez ClinicalOS dans son intégralité

Tome 11 · Entraînement par cas et prévention des erreurs

Pour en savoir plus sur le tome complet et la collection ClinicalOS, consultez :

clinicalos.de

Les mentions originales relatives à l'utilisation et à la responsabilité s'appliquent également à cet extrait.