



Erreurs médicales : l'impératif de transparence



Le risque fait partie de toute activité humaine mais c'est particulièrement vrai dans le domaine de la santé. Décisions humaines, comportements d'équipe, parcours et organisations souvent complexes, patients fragilisés : on a là une combinaison propice à l'erreur. Les formes de celle-ci sont nombreuses : erreur de diagnostic ou errance dans le système, prise en charge inadaptée, acte inapproprié lors d'une intervention chirurgicale...

Force est pourtant de constater que la gestion de l'erreur médicale n'est guère enseignée et encore moins inscrite dans la culture et l'ADN des pratiques soignantes. Seules la transparence et la pédagogie permettront d'avancer. Précisons que le sujet n'est pas mineur, puisqu'il faut rappeler qu'aux Etats-Unis, l'erreur médicale représente la 3ème cause de décès après les maladies cardio-vasculaires et le cancer^[1], avec pas moins de 250.000 décès par an.

Une question largement taboue

La déclaration des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) est obligatoire pour les professionnels de santé, quel que soit le mode d'exercice. La loi le prévoit depuis 2002 mais la mise en œuvre a pris du temps... Quand, il y a quelques années, la Haute autorité de santé a réuni des experts pour étudier les cas déclarés et en tirer des enseignements pour élaborer des pistes d'amélioration, le premier constat a surtout été... le faible nombre de cas recensés.

Il faut donc se réjouir de la mobilisation des pouvoirs publics en faveur de la mise en place d'un portail unique et simple pour les professionnels de santé mais également pour le grand public.

La question de l'erreur médicale est encore difficile à aborder, de l'ordre du tabou, avec la crainte de la mise au pilori, la tentation pour certains praticiens d'occulter et d'oublier, non pas forcément pour dissimuler mais pour préserver une pratique pas tous les jours facile et éviter de porter un sentiment de culpabilité. Le risque de dériver vers une médecine sélective, où on ne prendrait en charge que les patients les plus simples pour éviter les complications, est aussi évoqué.

L'erreur n'est pas la faute

Il faut bien différencier l'erreur médicale de la faute. La faute suggère la tromperie et/ou la négligence. Quand celle-ci est démontrée, avec l'existence d'un préjudice et un lien de causalité entre la faute et le préjudice, elle doit être sanctionnée.

L'erreur correspond à un dysfonctionnement, censé être évitable. Elle se conçoit par rapport à un référentiel de normes émanant de statistiques, forcément évolutif. Le recueil des erreurs et leur discussion collégiale sont dès lors riches d'enseignements.

En la matière, nous ne pouvons pas dire que rien n'a été fait ! On peut évoquer l'expérience très positive de l'accréditation des équipes à risques. Autre progrès : le recours à des revues de morbi-mortalité, méthode robuste d'évaluation des pratiques professionnelles, développée dans le cadre d'une politique de qualité et de sécurité à partir de la loi sur l'assurance maladie de 2004. En 2010, la nouvelle version de la certification des établissements de santé rend obligatoire la mise en œuvre de ces revues de morbi-mortalité dans les services de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.

Ces réunions nécessitent encore un important travail de fond pour changer les mentalités et faire progresser l'acceptabilité de ces exercices.

Il s'agit avant tout de dédramatiser l'erreur, en rappelant qu'elle fait partie intégrante d'une pratique relevant du vivant et qu'elle n'est pas, le plus souvent, le résultat de l'incompétence du professionnel. L'erreur est bien souvent multifactorielle et la résultante d'un enchaînement d'incidents.

L'individu ou le système

Pour renforcer « la culture positive de l'erreur », il n'est pas inutile de rappeler les deux approches de la faillibilité humaine : la personne et le système. Comme le rappelle la Haute autorité de santé, en reprenant l'analyse de J. Reason^[2] : « L'approche par la personne se concentre sur les erreurs des individus, les blâmant pour l'oubli, l'inattention ou la faiblesse morale. L'approche dite « systémique » se concentre sur les conditions dans lesquelles les individus travaillent et tentent de construire des défenses pour éviter les erreurs ou atténuer leurs effets.^[3]»

L'impérieuse nécessité de conduire une approche systémique est renforcée par la prédominance des facteurs liés à l'équipe, lors de la survenue d'événements indésirables graves.

Ces facteurs peuvent se regrouper autour de deux défaillances majeures : d'un côté, des défaillances dans la gestion de l'information (qui représentent, pour 2019, 414 des 625 sélections de déclarations^[4]) : communication, informations écrites, dont le dossier du patient, transmissions et alertes ; d'un autre côté, des défaillances de coordination des professionnels (qui représentent 131 des 625 sélections) : répartition des tâches, encadrement, supervision, demande de soutien. On peut noter que les lacunes de la communication entre professionnels sont la première cause de défaillance de l'équipe.

Des résultats similaires sont retrouvés dans la base de retour d'expérience des événements déclarés dans le cadre de l'accréditation des médecins.

Apprendre de ses erreurs

On apprend énormément de ses erreurs, beaucoup plus que de ses succès. Il faut donc défendre le fait de pouvoir en parler ouvertement entre confrères, hors de toute culpabilité ou menace, en s'efforçant d'adopter une attitude critique et réflexive.

Un des problèmes est que beaucoup de professionnels ont encore une pratique trop isolée, qui ne permet pas ces réunions d'échanges. Et s'il n'est déjà pas simple de parler de ses erreurs au sein de son équipe, devoir en parler dans une autre équipe peut être rédhibitoire. Il est donc fondamental d'aider ces professionnels isolés et de les inciter à se rapprocher de structures existantes pour échanger sereinement et apprendre eux aussi de leurs erreurs. La pratique de la médecine est et sera de plus en plus collective... C'est un gage de progrès, à condition que la communication soit fluide (cf. infra) et à condition de prendre en compte les professionnels isolés dans leur pratique ou sur le territoire.

La médecine est un domaine à haut risque ! Or il faut constater les écarts importants qui existent encore entre le monde médical et d'autres organisations à haut risque telles que l'aviation, les centrales nucléaires... qui ont compris l'importance qu'il y avait à s'occuper sérieusement des erreurs pour sécuriser l'activité.

Il est clairement démontré dans la littérature scientifique qu'une attitude punitive et la recherche d'un coupable sont inefficaces. Comme le dit la présidente de la Haute autorité de santé, « il faut en finir avec cette culture du blâme. Car la conviction qui doit être partagée aujourd'hui est que les enseignements apportés par l'analyse des accidents qui ont été déclarés bénéficient à tous : patients, professionnels et organisations.[5]»

Afin que toutes les erreurs soient rapportées et analysées, beaucoup de compagnies aériennes ont d'ailleurs garanti l'anonymat.

Problème : la représentation sociale classique n'est pas celle-là : comme il y a une erreur, il y a un ou des coupable(s), qu'il faut punir. Cette attitude est contre-productive car elle ne permet pas l'élaboration d'un cercle vertueux d'analyse de l'erreur avec la mise en place de mécanismes correctifs, et au contraire freine la déclaration des erreurs.

Sortir l'erreur du registre punitif est dès lors un puissant mécanisme qui, en favorisant le retour d'expérience, permet l'amélioration de la qualité des pratiques. En contrepartie, il faut que les patients soient rapidement indemnisés en cas d'aléa thérapeutique et faciliter, pour cela, la saisine de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI), accélérer ses réponses... Il faut également abaisser les seuils de gravité, aujourd'hui assez lourds.

Pour une communication interprofessionnelle plus fluide

Le médecin seul maître à bord et seul détenteur de la connaissance : c'est fini. La décision et la prise en charge doivent être collectives et c'est bien pour cela qu'ont été créées en oncologie les réunions de concertation multidisciplinaires. Il faut rompre avec des pratiques individuelles et isolées et favoriser tous les échanges entre praticiens d'une même spécialité, entre spécialités mais aussi et surtout entre professions au sein d'une même équipe[6].

En aviation, le tutoiement est de règle entre l'ensemble de l'équipe navigante, et ce dès la première rencontre, non pas pour faire sympa mais bien pour garantir une sécurité par l'abolition pure et simple des barrières hiérarchiques orales. Il ne reste que les galons sur l'uniforme pour rappeler la place de chaque au sein de l'équipe. Il s'agit de faciliter la communication, de ne pas réprimer le partage d'opinions et de garantir un sentiment de responsabilité partagée. De plus, dans un cockpit, pilote et copilote assurent le « contrôle » de celui qui est aux manettes et le commandant autant que le copilote a l'obligation d'écouter ce que dit l'autre. Cela augmente significativement la sécurité des vols. A quand le tutoiement au bloc opératoire et le jeune chirurgien rectifiant son professeur ? Il a été démontré que la réalisation d'un double contrôle par une tierce personne permettait de réduire les erreurs : on détecte mieux les erreurs des autres que les siennes. Ce double contrôle pourrait réduire les erreurs de prise médicamenteuse de 70%.

Pour une communication partagée avec le patient

Pour les patients, c'est la gestion de l'erreur qui va déterminer son acceptation, beaucoup plus que l'erreur elle-même. Le malade victime d'une erreur médicale ou ses proches doivent être accompagnés par des soignants à l'écoute de leurs demandes. Ce que souhaitent les patients, c'est tout d'abord du respect, puis une information claire et compréhensible sur ce qui est réellement arrivé... et sur les voies de recours. Cette attitude permettra aussi à l'équipe de faire une analyse plus stricte de l'événement et de prendre des mesures pour qu'il ne se renouvelle pas.

Chaque médecin, chaque soignant doit faire appel à ses qualités d'humilité et d'humanisme pour instaurer un dialogue constructif avec le malade ou sa famille. Les patients espèrent surtout que le médecin reconnaisse son erreur ou la responsabilité de l'équipe ou de l'hôpital dans un enchaînement qui a conduit à la situation dont ils sont victimes. L'information et la transparence sont essentielles. Les témoignages des patients et leur présence dans les réunions interprofessionnelles évoquées plus haut fluidifieront le dialogue et la recherche de solutions communes, sans oublier les expériences que les associations de patients mènent avec les médiateurs hospitaliers pour recevoir ensemble les patients et leurs proches.

Il ne s'agit pas ici de médire sur la pratique médicale mais bien de renforcer la réflexion sur l'erreur médicale pour enfin l'aborder de front et sans tabou. La pratique individuelle rend difficile l'évaluation des erreurs. Seuls l'échange et le partage peuvent permettre un cercle vertueux d'amélioration des pratiques.



[1] Medical error-the third leading cause of death in the US. Makary MA, Daniel M.BMJ. 2016 May 3;353:i2139.)

[2] J.REASON « Erreur humaine: modèles et gestion », 03/2000,
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>

[3] In Haute autorité de santé, Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) – Rapport annuel d'activité 2018, novembre 2019.

[4] Idem

[5] Idem

[6] La HAS a adopté le principe de la check-list obligatoire en chirurgie lors de la certification en 2010. C'est parfois le seul moment de communication entre les différents intervenants au bloc opératoire...