

L'erreur médicale

Chaque médecin est confronté dans sa vie professionnelle à l'erreur. La gestion de celle-ci est l'un des aspects les plus délicats du métier et participe de l'identité professionnelle du médecin.

Selon un rapport de l'Institut de médecine des National Academies, publié en 2000, les erreurs médicales causent chaque année entre 44 000 et 88 000 morts aux États-Unis, soit plus que les décès par accidents de la route, cancers du sein ou sida. Outre leur impact en termes de santé publique, elles expliquent en partie la judiciarisation croissante des pratiques médicales outre-Atlantique. L'évolution est moins marquée en France où le nombre des erreurs est loin d'être connu. Pourtant, une enquête réalisée en 2002 par l'Ipsos montre que 68 % des malades envisageraient de recourir à la justice en cas d'erreur médicale, même si 98 % d'entre eux font confiance à leur généraliste. Ainsi, l'exigence de la démarche qualité rend de plus en plus caducs les arguments de complexité, voire de fatalité qui accompagnent l'acte médical. Si l'on accepte encore que tout ne puisse pas être forcément guéri, un développement médical péjoratif reste suspect jusqu'à preuve du contraire, et la mort garde des relents de « transgression » qui doit en tout cas pouvoir être expliquée par ceux qui sont censés l'éviter.

UN SUJET TABOU

L'aspiration à la perfection qui galvanise la médecine et les médecins, la publicité combien prometteuse de leurs prouesses, et le besoin des patients de croire leurs médecins infailibles minimisent ainsi le nombre des erreurs tout en en stigmatisant l'impact, avec le sentiment toujours plus ou moins confus qu'elles relèvent du scandale. De telle sorte que ne sont souvent comptabilisées, avec une marge d'incertitude, que les erreurs ayant donné lieu à une procédure

judiciaire, c'est-à-dire une infime minorité de celles qui se produisent quotidiennement. De plus, les dossiers des compagnies d'assurance sont forcément rétrospectifs. S'agissant de litiges, seul est pris en compte le degré plausible de culpabilité et les déclarations des médecins visent davantage à leur défense qu'à leur confession. Ils donnent surtout une idée des pathologies et des actes médicaux donnant lieu aux plaintes et aux indemnisations les plus fréquentes et les plus significatives.

Ainsi, beaucoup d'erreurs sont méconnues, soit qu'elles n'aient pas été suivies de conséquences, soit que ces dernières n'aient pas été attribuées à un dysfonctionnement. D'autres sont connues plus ou moins confusément par celui qui les a commises ou subies, mais il les enfouit au fond de lui, ou il s'en souvient mais n'en parle pas préférant, à la rigueur, évoquer des histoires très anciennes ou qui se sont bien terminées...

Car l'erreur reste un sujet douloureux dont on ne parle pas, ne serait-ce que parce qu'il n'est jamais tout à fait exempt d'éventuelles répercussions juridiques ou tout « simplement » morales avec leurs cortèges de tracasseries et de culpabilité. En outre, il s'inscrit dans la problématique de l'échec et de la faute (par rapport à soi, à l'autre et à la règle). À ce titre, il relève en quelque sorte de l'intimité professionnelle qui ne se dévoile pas sans craintes.

L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS

Certains patients excusent plus volontiers le médecin de ses erreurs

éventuelles, tandis que d'autres mettront toute leur fougue pour lui faire « mordre la poussière » s'ils en ont l'opportunité. De même, chacun d'entre nous est plus ou moins sensible aux risques et aux conséquences de l'erreur. Certains en ont une peur, parfois excessive, d'autres culpabilisent à outrance, alors que beaucoup ne se sentent même pas concernés.

La « gestion » de leurs erreurs par les médecins est l'un des aspects les plus délicats de leur métier et participe de leur identité professionnelle. Avec les pressions parfois contradictoires auxquelles ils sont soumis, la complexité et l'intensité de leur travail, la métabolisation des erreurs par les médecins est aussi très probablement l'un des éléments clés du fameux « syndrome d'épuisement » qui menace nombre d'entre eux.

LA DEUXIÈME VICTIME

Les répercussions de l'erreur sur les protagonistes, victime ou acteur, sont multiples : financières, psychologiques, symboliques... Elles traduisent la façon dont l'erreur est métabolisée. Si la « réparation » médicale, et éventuellement juridique, atténuée, en partie, les conséquences d'un dysfonctionnement, les questions sur les raisons et les implications de ce dernier viennent s'ajouter à celles qui concernent la maladie : pourquoi moi ? qu'est-ce que ça implique, comment faire avec ?... En ce sens, l'erreur médicale doit bien évidemment être surmontée, réparée et, si possible, dépassée, par celui qui en subit les conséquences avec le sentiment d'injustice qu'elles impliquent.

par **Éric Galam**,
Groupe Repères,
30, Boulevard
Ornano,
75018 Paris.

Courriel :
eric.galam@
wanadoo.fr

Comme le dit Pierre Klotz, « Homme et non surhomme, exerçant son industrie sur une matière première non moins humaine, le médecin n'échappera pas à l'humaine condition qui consiste à se tromper souvent. Nos façons personnelles de nous tromper forment d'ailleurs une part de notre ego, en contraste avec le caractère impersonnel, quelque peu désincarné de la science. »¹

D'autant que si les responsabilités dans la maladie ne sont pas toujours explicites, celles qui accompagnent l'erreur le sont plus volontiers. Lorsqu'elle est ressentie, l'erreur vient ainsi s'ajouter à la maladie, constituant une souffrance supplémentaire imposée au patient et à ses proches.

Comme si au choc de la maladie s'associait celui de la médecine touchant au premier chef le patient mais aussi, à un autre niveau le médecin impliqué, qualifié de « seconde victime ». « *Chaque médecin connaît virtuellement l'expérience de la faute. On se sent seul et exposé sans savoir que faire, que dire, à qui en parler et on ressasse l'événement en interrogeant sa compétence dans la crainte d'être découvert. On sait qu'il serait bon de se confesser mais on craint la punition et la colère du patient.* »² De plus, compassion et soutien du milieu professionnel sont découragés passivement ou activement. Même lorsque des cas sont discutés, il s'agit le plus souvent d'examiner les facteurs médicaux plutôt que les sentiments du patient ou du médecin. Les médecins se protègent comme ils peuvent, réagissant souvent à leurs propres fautes avec colère, en accusant le patient ou un autre intervenant, tandis que, sur le long terme, certains sont profondément blessés et se réfugient dans l'alcool ou les drogues. D'autres types de réaction à l'erreur peuvent aussi être évoqués : la fuite (refoulement et oubli), la distanciation (cela peut arriver à tout le monde, j'ai fait de mon mieux...) ou l'exercice d'une médecine « défensive » par sélection de la clientèle ou des actes ou, au contraire, activisme destiné à reconquérir l'estime de soi.¹

DISTINGUER L'ÉCHEC, L'ERREUR, LE REPROCHE ET LA FAUTE

L'erreur correspond au dysfonctionnement, censé être évitable, par rapport à une norme théorique et forcément partielle mais reconnue comme valide. Ce niveau s'inscrit dans le registre de la compétence et donc de la formation.

Le reproche se traduit par une critique, voire une procédure juridique engagée par la personne lésée ou son entourage, à l'encontre de la personne supposée responsable de l'erreur alléguée ou réelle. Le reproche s'inscrit le plus souvent dans une problématique relationnelle. D'ailleurs, la décision d'assigner un médecin devant les tribunaux est plus souvent liée à un comportement relationnel inadéquat de la part du praticien qu'à la gravité de l'erreur commise.

La faute doit être prouvée. Elle suppose la tromperie ou la négligence. Rappelons opportunément que l'hésitation dans le diagnostic n'est pas répréhensible si l'examen a été consciencieux : le droit à l'erreur existe mais il implique qu'on fasse de son mieux pour l'éviter. Quand elle survient, la sanction judiciaire suppose une plainte civile ou pénale et nécessite l'existence d'un préjudice, d'une faute et un lien de causalité entre les deux.

Plusieurs types de situations peuvent ainsi se présenter :

- l'erreur sans reproche (erreur médicale) qui relève d'une transgression de la règle médicale et devrait permettre un travail du médecin sur lui-même soit pour expliciter et argumenter les raisons de cette transgression soit pour l'éviter ;
- le reproche sans erreur (erreur relationnelle) qui correspond à une insatisfaction du patient et traduit soit une difficulté relationnelle, soit une position du médecin qui gagne à être clarifiée et assumée ;
- le reproche avec erreur (erreur sociale) qui peut parfois générer un développement juridique. Or, la loi est censée s'appuyer, au moins pour toutes les questions techniques, sur la règle médicale. Il y a alors un certain degré de connivence entre les erreurs « médicales » et les erreurs « sociales ».

PARDONNER ET NOUS SOUVENIR

Dans un article du BMJ du 16 juin 2000, intitulé « Utilisations de l'erreur », Edwin Gale prévient : « *Jusqu'à ce que nous parvenions à apprendre à pardonner et nous sou-*

venir, nous continuerons à être jugés par ceux dont le seul espoir est de punir et d'oublier. » Il nous suggère de renoncer à la culture du blâme et de la culpabilité pour nous lancer dans un travail de prévention des erreurs, en accordant une place supérieure à l'adaptation du système plutôt qu'à la punition des praticiens. La première étape est alors tout simplement de reconnaître l'erreur pour pouvoir la partager et la comprendre.

Le Lancet, du 13 janvier 2001, invite ses lecteurs à publier leurs erreurs dans ses colonnes pour en tirer les leçons. « *L'erreur a toujours fait partie de la médecine et les médecins choisissent en général d'en tirer les leçons face à eux-mêmes. La transparence, la responsabilité et parfois le scandale ont obligé les médecins à admettre que l'exercice médical ne peut jamais être parfait. Plutôt que refuser de faire face à l'erreur, les médecins devraient l'êtreindre. J'ai demandé aux membres du comité éditorial international de nous donner des exemples d'erreurs dont ils avaient tiré les leçons* » ajoute l'éditorial.

Plus proche de nous, en France, *Responsabilité*, revue de formation sur le risque médical, affirme aussi sous le titre « Quand toute erreur est un trésor », l'intérêt du recueil et de l'analyse des erreurs médicales, et incite ses lecteurs à lui faire part de leurs erreurs pour qu'il les publie sous couvert de l'anonymat.

Le médecin prend ses décisions en situation d'incertitude, en s'appuyant notamment sur des probabilités.³ Toute la difficulté consiste à transformer une probabilité en une décision spécifique qui s'appliquera à un individu donné. La prise de risque est donc consubstantielle à la pratique médicale d'où l'erreur ne peut être totalement exclue. « *Les médecins feront toujours des erreurs. Le facteur décisif est de savoir comment y faire face. La sécurité du patient et le bien-être du médecin seront favorisés si nous pouvons être plus honnêtes sur nos erreurs vis-à-vis de nos malades, de nos collègues et de nous-mêmes.* »²

TAXONOMIE DES ERREURS MÉDICALES

Bien que toute erreur puisse être considérée comme « exemplaire », sa gravité est éminemment variable, non seulement en fonction de ses conséquences concrètes, mais aussi selon la difficulté et la rareté du cas et l'accessibilité des recours éventuels (plateau technique, spécialiste...).

Classification hiérarchisée, allant du plus simple au plus complexe, la taxonomie constitue un système logique rendant le domaine exploré moins chaotique. Elle est la première étape d'un travail d'analyse et de prévention qui gagnerait à être prospectif et au jour le jour (tableau ci-dessous).

TRAVAILLER NOS ERREURS

Notre propos est de minimiser l'occurrence et la gravité des erreurs, d'en faciliter la métabolisation dans la relation médecin-patient, et d'aider le praticien, d'une part à assumer ses erreurs, et d'autre part à en tirer les enseignements pour sécuriser et enrichir sa pratique.

Bien que le partage soit en lui-même une étape importante pour mettre l'erreur « en relation » et en atténuer le potentiel pathogène, le simple fait d'y réfléchir par soi-même pour la décrypter est déjà une étape salutaire. Nous proposons la méthodologie suivante qui peut gagner à être écrite pour chaque situation évoquée :

1. Quelle(s) est (sont) précisément (les) l'erreur(s) (description) ?
2. Pourquoi est-elle survenue ? (mécanisme).
3. Comment la récupérer (métabolisation avec l'autre et avec soi-même) ?
4. Qu'est-ce que j'en apprend ? (enrichissement).
5. Comment m'améliorer ? (prévention).

Dans la même dynamique, Wu nous invite également à nous poser des questions : « *Pensez à votre dernière erreur et ses conséquences. Parlez-en à un collègue. Notez ses réactions et les vôtres. Qu'est-ce qui aide ? Qu'est-ce qui rend les choses plus pénibles ?* ».

Il est bien évident qu'un dispositif

ET SI NOUS FAISONS COMME EUX ?

Raconter nos erreurs et en tirer les enseignements tout en préservant une double confidentialité (du médecin sous pseudonyme et du patient dont seul vous connaîtrez l'identité) ?

Si vous pensez que cela peut vous aider. Si vous pensez avec nous que cela peut éclairer vos confrères et leur montrer qu'ils ne sont pas seuls. Si vous vous y sentez prêt, **contactez-nous**.

Plusieurs options sont possibles :

- publication de certains textes ;
- organisation d'un séminaire de FMC ;
- autres perspectives à préciser.

associant bienveillance, confidentialité et volontariat permettrait d'inciter à la description des faits et à leur acceptation sans en minimiser l'importance ni leur retentissement émotionnel.

Outre son intérêt individuel

(les choses ne sont plus les mêmes une fois qu'elles ont été énoncées et écoutées par d'autres), le partage des erreurs est un enjeu majeur pour la collectivité médicale, car elles ont parfois (toujours ?) des causes, des composantes et (ou) des réponses collectives qui méritent d'être reconnues et assumées col-



I. TAXONOMIE DE L'ERREUR MÉDICALE (P. KLOTZ)		
ERREURS COGNITIVES	ERREURS SENSORI-MOTRICES	ERREURS D'ATTITUDES
<p>1. DIAGNOSTIQUES</p> <p>1.1. Mémorisation</p> <p>1.1.1. PRIMAIRES : ignorances</p> <p>1.1.2. SECONDAIRES : oublis</p> <p>1.1.3. TERTIAIRES : restitution</p> <p>Objet : a. connaissances médicales</p> <p style="padding-left: 20px;">b. faits concernant les personnes</p> <p style="padding-left: 20px;">c. carences de recyclage</p> <p>1.2. Raisonnement</p> <p>1.2.1. STADE PRÉ-TEST</p> <p>1.2.1.1. Recueil des informations : interrogatoire, examen physique, tableau clinique, contexte</p> <p>1.2.1.2. Formulation du problème et des hypothèses : similitudes/fréquence, sur- et sous-estimation</p> <p>1.2.2. CONFIRMATION</p> <p>Choix, quantité (trop ou trop peu), interprétation, prise en compte de l'évolution</p> <p>1.2.3. DÉCISION</p> <p>Appréciation du rapport risques + coûts/bénéfices</p> <p>Pronostic, protocole de surveillance</p> <p>2. EXÉCUTION DES DÉCISIONS</p> <p>2.1. Erreurs par défaut</p> <p>2.2. Erreurs qualitatives</p> <p>2.3. Erreurs par excès</p> <p>2.4. Erreurs de séquence</p> <p>2.5. erreurs de délai</p>	<p>1. Inaptitudes physiques</p> <p>2. Défaut de prédisposition</p> <p>3. Manque d'entraînement</p> <p>4. Inadéquation du matériel</p> <p>5. Difficultés propres de l'acte</p>	<p>1. FACTEURS PROPRES AUX MÉDECINS</p> <p>a. affectifs</p> <p>b. caractériels (b' fortuits/b" permanents)</p> <p>c. culturels et linguistiques</p> <p>d. éthiques</p> <p>e. gestionnaires</p> <p>f. réaction à l'erreur</p> <p>g. gestion de surinformation</p> <p>h. conception de l'objectif des soins</p> <p>i. prise en compte des coûts</p> <p>j. attitude à l'égard des médecins parallèles</p> <p>k. coordination des soins</p> <p>2. FACTEURS CIRCONSTANCIELS</p> <p>a. environnement</p> <p>b. conditions psychologiques</p> <p>c. relation médecin-malade</p> <p>d. conditions d'équipement</p> <p>3. Facteurs liés aux patients</p>

MÉTHODES DE FORMATION (P. KLOTZ. L'ERREUR MÉDICALE)

1. Dans l'ordre de la pratique clinique

2. Discussion en staff des erreurs relevées et des échecs
3. Exposés débats sur les erreurs commises par les enseignants, relevées dans l'histoire des patients ou commises par les participants
4. Exercices du type « cherchez l'erreur »
 - Exercices d'évaluation des gravités respectives de séries d'erreurs, en fonction de critères et de normes à faire élaborer par les participants
 - Lecture et discussion d'articles
 - Résolution de problèmes cliniques simulés
 - Méthode « de la différence » (J.-F. d'Ivernois) : faire exposer, à propos de cas concrets, les démarches différentes de l'hospitalier, du spécialiste, du généraliste. Il s'agit de faire comprendre que ce qui apparaît erroné dans la situation de l'un ne l'est pas forcément dans celle de l'autre.
 - Méthode « vidéo-attitudes » montre l'interrogatoire du même malade (simulé) par plusieurs médecins successifs.
 - Enseignement de l'analyse de la décision médicale
 - Étude de cas où la chasse au diagnostic approfondi est inappropriée
 - Groupes Balint

2. Dans l'ordre des conséquences de l'erreur

- Exposés sur la responsabilité médicale
- Jeux de rôle sur la réaction du médecin à ses propres erreurs et à celles des autres
- Étude des différences d'attitudes les plus notables envers la prise de risques dans divers pays

3. Dans l'ordre des sciences médicales

- Cours théoriques sur la logique des sciences de la vie et les sites récepteurs possibles de l'erreur dans le déroulement du raisonnement scientifique
- Exposés sur la variabilité dans l'histoire des concepts médicaux
- Travaux dirigés de lecture critique d'articles médicaux

Évaluation des pratiques médicales

- Audits, conférences de consensus, recommandations...
- Identification, dépistage et correction des conduites inadaptées
- Questions sur les limites de la compétence du généraliste et une ébauche d'éthique de l'erreur

lectivement. De nombreuses options méritent d'être explorées, notamment dans le cadre de la FMC sous forme de rencontres régulières de séminaires. Des publications dans la presse professionnelle seraient également souhaitables.

Une série de méthodes ont été répertoriées (voir encadré ci-contre). Plus en amont, pourrait se mettre en place une formation centrée sur les mécanismes conduisant à l'erreur et adaptée aux étudiants pour faire la part entre les incertitudes imputables aux limites actuelles des connaissances et les variations individuelles dans la maîtrise du savoir et sa mise en acte. Les objectifs de cet enseignement seraient :

- d'admettre que la science médicale est faillible ;
- de reconnaître que le raisonnement médical implique par nature un élément d'incertitude et de pari ;
- de prendre conscience de ses

propres points faibles (cognitifs, affectifs et d'habileté) et d'en tenir compte dans ses décisions ;

- d'évaluer les conséquences de ses propres erreurs et de celles des autres ;
- de réagir d'une façon appropriée lorsque nous commettons des erreurs et que nous en prenons conscience ;
- de limiter ses erreurs.

Un département universitaire de l'Arizona expérimente un module optionnel « d'ignorance médicale » qui se donne d'explorer « ce que nous savons ignorer, ce que nous ignorons si nous le savons, et ce que nous croyons savoir alors que nous l'ignorons ». Les « professeurs d'ignorance » sont choisis pour leur compétence et pour l'aisance qu'ils manifestent à admettre leurs erreurs. Ils sont chargés de décrire l'évolution et les lacunes des connaissances médicales actuelles en pointant les questions

non résolues dans leur champ d'expertise.

CONCLUSION

Nous avons d'autant plus intérêt à utiliser nos erreurs qu'elles nous accompagnent tout au long de notre vie professionnelle.

Nous avons besoin d'un véritable accompagnement marqué par la volonté de reconnaître et dépasser nos erreurs, mais aussi d'apaiser et de restaurer nos images professionnelles dans un contexte de compétence et, osons le dire, de tendresse. C'est en exprimant, de manière cadrée et protégée, nos propres histoires d'échecs, d'erreurs et de reproches, que nous pourrions en tirer les enseignements tout en désactivant les démons qui les accompagnent. ■

Références

1. Klotz Pierre. L'erreur médicale. Mécanismes et prévention. Paris : Maloine, 1994.
2. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ 2000 18 ; 320 : 726-7.
3. Grenier Bernard. Évaluation de la décision médicale. Paris : Masson, 1999.

Pour en savoir plus

- Canoui et Mauranges. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Paris : Masson, 1998.
- Galam E. Peut-on analyser la décision médicale ? Rev Prat Med Gen 2001 ; 15 (542) : 1323-6.
- Moles Abraham. Les sciences de l'imprécis. Paris : Points Seuil, 1995.
- Pratiques. L'erreur en médecine 3e trimestre 1994. La responsabilité médicale no 7, 3e trimestre 1999.
- Erreurs en médecine ambulatoire : une recherche balbutiante. Prescrire 2003 ; 23 : 543.

Atelier /

« Dédramatiser et travailler nos erreurs », animé par Pierre Klotz et Éric Galam le samedi 11 octobre 2003 de 14 h à 15 h 30.

Groupe REPÈRES

Président : Dr François Gros

Objectifs

- Explorer et optimiser les pratiques médicales pour les insérer dans les vécus et leurs contextes en développant des outils et des méthodes visant à reconnaître, articuler et décrire les aspects biomédicaux, psychologiques, relationnels, sociaux, économiques, anthropologiques et philosophiques des pratiques de soin.
- Plus précisément, il s'agit de :
 - placer le savoir scientifique dans le cadre plus général du savoir médical ;
 - exprimer le savoir médical comme l'un des facteurs d'efficacité médicale avec les compétences cliniques et les caractéristiques humaines et spécifiques de chaque médecin;
 - centrer l'approche biomédicale des

maladies sur les pratiques quotidiennes, relativisant ainsi les discours dogmatiques, qu'ils soient descriptifs ou opératoires ;

- prendre en compte l'impact extrêmement important des aspects individuels et spécifiques des pratiques médicales, c'est-à-dire réintroduire les individualités « malade » et « médecin » et leurs entourages respectifs dans l'analyse de ces pratiques ;
- insérer cette approche dans son contexte relationnel, socio-économique, institutionnel et anthropologique ;
- développer, tant au niveau de chacun de nos actes qu'au niveau de leur globalité, des rapports médecins-patients centrés sur une relation adulte incluant une juste répartition des positions, des droits et des responsabilités entre les médecins,

leurs patients et la société dans laquelle ils évoluent les uns comme les autres.

Activités principales

Formation médicale continue et Recherche en médecine générale.

2 projets emblématiques

Deux séminaires nationaux de FMC incluant un travail de recherche-action :

- « Reconnaître et optimiser nos façons d'être médecins » qui aura lieu les 21 et 22 novembre 2003 et sera accompagné d'un important travail de recherche sur l'identité professionnelle du médecin ;
- « Optimiser nos décisions dans l'HTA et le diabète » – Prix Lilly de FMC 2001.

Groupe REPÈRES : 30, boulevard Ornano, 75018 Paris – Tél. : 01 42 62 29 74 – Dr François Gros : frgros@club-internet.fr