

Par Eric Galam, médecin généraliste, 75018 Paris ; maître de conférence, Université Paris 7.
eric.galam@wanadoo.fr

Dédramatiser et travailler nos erreurs

L'erreur médicale

L'erreur médicale peut intervenir à tous les stades de la prise en charge. Elle peut provenir du médecin, mais aussi du patient ou de la situation ; elle est, en fait, toujours due à un concours de circonstances. C'est une épreuve dont aucun médecin ne peut sortir indemne s'il y est confronté.

La prise de risque est inséparable de la pratique médicale de laquelle l'erreur ne peut être totalement exclue.^{1,2} Indépendamment des responsabilités individuelles auxquelles il n'est pas question de se soustraire, l'erreur médicale peut être considérée comme un véritable « accident du travail » à aborder à la fois sur le plan individuel et sur le plan collectif.

QU'EST-CE QU'UNE ERREUR MÉDICALE ?

L'erreur ne se conçoit pas sans référence à des normes appuyées sur des statistiques forcément relatives et évolutives, et fondées sur des priorités et des valeurs.

Dans une ère où, malgré la complexité et la nature probabiliste de l'art médical, l'accès à l'information est universel, l'efficacité évidente et le droit aux soins confondu avec le droit à la guérison et à la santé, l'erreur est littéralement scandaleuse. Or, bien des intermédiaires existent entre ce qu'il faut faire, ce qu'on peut faire, ce qu'on peut ne pas faire et ce qu'il ne faut pas faire. L'erreur ne se rapporte qu'à cette dernière catégorie.

L'erreur, le reproche, la faute : 3 notions à dissocier...

L'erreur correspond à un dysfonctionnement, censé 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 qui inclut la connaissance de ses qualités et de ses faiblesses en tant que soignant.

Le reproche se traduit par une critique formulée, 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. Il s'inscrit le plus souvent dans une problématique relationnelle, indépendamment de la gravité de l'erreur commise.

La faute doit être prouvée. Elle suppose la tromperie ou la négligence. Quand elle survient, la sanction judiciaire suppose une plainte civile ou pénale, et nécessite l'existence d'un préjudice, d'une faute et d'un lien de causalité entre les deux.

... donnant lieu à plusieurs types de situations

L'erreur sans reproche (erreur médicale) relève d'une transgression de la règle médicale. Elle devrait entraîner 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) correspond à une insatisfaction du patient. Il traduit soit une difficulté relationnelle délicate et importante, soit une position du médecin qui gagne à être clarifiée et assumée.

Le reproche avec erreur (erreur sociale) peut générer un processus 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 ».

QUELLE EST LA FRÉQUENCE DES ERREURS MÉDICALES ?

Les seules données disponibles sur l'erreur médicale sont issues des compagnies d'assurance. Elles sont forcément partielles, puisque toutes les erreurs ne donnent pas lieu à une procédure ni même à une déclaration. Il est probable que la fréquence des erreurs est d'autant plus importante que leur déclaration est déculpabilisée ou, en tout cas, anonymisée.

Selon les statistiques du GAMM (assurance médicale) pour l'année 2002, 2 503 déclarations ont été enregistrées pour 128 702 sociétaires. La sinistralité globale est de 1,87 déclarations pour 100 sociétaires.

Sur 2 413 déclarations d'accidents corporels, 224 se sont transformées en une plainte pénale, 341 en plainte ordinaire, 687 en assignation en référé. Mais 278 déclarations émanent des praticiens eux-mêmes dans un souci de prudence.

En ce qui concerne les généralistes, ont été signalées en 2002, 539 déclarations pour 56 290 sociétaires. Parmi lesquelles :

- 119 mettent en cause la conduite diagnostique (35 retards de diagnostic de cancer, 16 affections cardio-vasculaires) ;
- 235 déclarations concernent les traitements : 41 accidents médicalement, 168 défauts de prise en charge ou de surveillance ;
- 35 pour non-assistance à personne en danger ; habituellement pour avoir refusé de se déplacer ou ne pas avoir attendu les secours ;
- 50 concernent la rédaction de certificats pour violation du secret professionnel ou immixtion dans la vie privée notamment en cas de divorce.

Par ailleurs, un travail, relatif mais éclairant, auprès de « mordus de la FMC », a permis de classer par ordre de fréquence décroissante les erreurs répertoriées par des médecins hors du contexte rétrospectif et sanctionnant de l'assurance : relation médecin-malade (29 %), erreurs circonstanciées (17 %), choix des tests de confirmation (14 %), causes caractérielles (13 %), recueil des informations (12 %), rapport bénéfices/risques de la décision (11 %), formulation du problème et des hypothèses (10 %).³

QUELS SONT LES MÉCANISMES DES ERREURS MÉDICALES ?

Bien que responsable en tant que professionnel qualifié, le médecin n'est pas le tout-puissant agent de procédures parfaitement codifiées s'appliquant à une machine soumise et parfaitement malléable. L'erreur peut donc provenir du médecin, du patient, ou de la situation ; elle est, en fait, toujours due à un concours de circonstances. Considérons les facteurs liés au médecin.

À tous les stades de la prise en charge, l'erreur peut intervenir. Il peut s'agir d'erreurs :

- cognitives (mémorisation, raisonnement, exécution) ;
- sensorimotrices (inaptitudes physiques, manque d'entraînement, inadéquation du matériel, difficultés propres de l'acte) ;
- d'attitudes.

Les dysfonctionnements de la relation médecin-patient sont souvent sources d'erreurs, notamment par une mauvaise observance ou une communication inadaptée.

Un certain nombre de facteurs intrinsèques relevant du médecin ont été répertoriés.³

- les éléments affectifs : désirs, préférences, aversions, préjugés, tabous, sympathies, pitié ;
- les éléments caractériels, culturels et idéologiques : préjugés personnels et attitudes envers ceux des autres, notamment les positions vis-à-vis de l'Ordre, de l'université, de la Sécurité sociale, de la formation continue, de l'État...
- les éléments éthiques : degré de transgression par rapport à des normes réglementaires, déontologiques ou simplement morales ;
- les éléments de gestion : organisation du travail, dossiers, gestion du temps, matériel, entretien du cabinet...
- le mode de réaction à l'erreur : fuite de type refoulement et oubli, rejet de la responsabilité, distanciation (cela peut arriver à tout le

monde, j'ai fait de mon mieux...), introjection (sentiment de culpabilité, de honte ou de désespoir), médecine défensive (sélection de la clientèle ou des actes, ou au contraire activisme destiné à reconquérir l'estime de soi) ;

- des facteurs circonstanciels tels que fatigue, surcharge de travail, stress.

COMMENT PRÉVENIR LES ERREURS MÉDICALES ?

Le recueil et l'analyse d'une masse conséquente de cas suffisamment précis et objectifs d'erreurs devraient permettre de souligner les carences des individus, des systèmes de formation et de fonctionnement, afin de pouvoir agir préventivement au niveau de ces trois facteurs. Il s'agirait de comprendre la logique ou les circonstances qui conduisent à ces erreurs pour construire des « arbres de fautes » possibles du même type que les arbres de décision.³

Nécessité d'un travail individuel et collectif

Ce recueil et les aménagements structurels qui peuvent en résulter, nécessitent un profond et important travail d'ordre culturel, tel que l'ont déjà initié certaines revues.⁴⁻⁶ 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, la traduction de l'infamie et de l'incompétence d'un mauvais médecin.

Aucun d'entre nous ne doit se dire ou même se croire totalement et toujours à l'abri. La levée des tabous peut, seule, permettre aux médecins de reconnaître leurs erreurs, voire de les dépister, car elles sont beaucoup plus nombreuses que nous ne le croyons. Nous devons accepter d'en parler ouvertement avec des confrères, entre pairs, hors de toute culpabilité ou menace, en nous efforçant de développer une pratique réflexive – aptitude à réfléchir sur nos actions en décrivant leurs modalités et en explicitant leurs raisons. Dans ce contexte, des méthodes et des grilles de lecture adaptées pour structurer la réflexion et l'échange peuvent être utilisées.⁷ En développant cette « culture de l'erreur », nous pourrions en décrire la clinique et y trouver, paradoxalement, des gisements de qualité

GRILLE SÉMINAIRE GROUPE REPERES *

→ Description

- Nom(s) de (la ou) des erreurs
- A posteriori, cette erreur était-elle prévisible ?

→ Mécanisme

- Existe-t-il un ou des moments critiques ?
- Lequel ? Lesquels ? Voyez-vous un ou des mécanismes ayant occasionné l'erreur ?

→ Conséquences

- Quelles sont les conséquences (graves ou non) de l'erreur ou des erreurs ?
- Quels sont les reproches venant du patient, de la famille, du médecin ou autre (précisez) ?
- Quel est le ressenti du médecin : nature et intensité ?

- Quelles sont les émotions ressenties par les membres du groupe à partir de ce cas ?

→ Enrichissement

- Enrichissement : ce que j'apprends de moi en tant que soignant

→ Prévention

- Prévention : ce que je pourrai faire pour éviter que ne se reproduise une erreur du même type

→ Métabolisation

- Ce que je crains de l'échange avec mon patient
- Ce que je me donne comme objectifs lors de cet échange

* Groupe REPERES, 30, boulevard Ornano, 75018 Paris, reperesmg@wanadoo.fr

pour optimiser la qualité de nos pratiques. Par ce biais, nous pouvons aussi aider les praticiens mis en cause ou sensibilisés à mieux métaboliser leurs difficultés avec leurs patients.

Il faut aussi un travail collectif, sous couvert de l'anonymat pour lever les tabous et inciter à un travail en profondeur. Du point de vue de l'assureur, une démarche de gestion des risques doit être fondée sur :^{8,9}

- l'impossibilité de supprimer l'erreur du fonctionnement humain, quelle que soit la qualité de la formation des personnels ;
- la nécessité d'intégrer au système de soin des mécanismes de lutte contre l'erreur. Un système est sûr s'il sait se protéger, en amont des opérateurs en luttant contre les circonstances favorisant les erreurs, et en aval, en mettant en place des défenses en profondeur pour diminuer, voire annuler, les conséquences des erreurs ;
- l'approche positive et non punitive de l'erreur.

Les événements graves sont habituellement précédés par de nombreux événements mineurs, signes d'alerte, qu'il est souhaitable de rechercher et de traiter pour éviter la survenue des premiers.

Conduites préventives au quotidien

Dans la pratique, il est utile d'adopter des conduites préventives au quotidien.¹⁰

Il faut avoir une vigilance permanente par rapport aux patients. Ensuite, il est nécessaire d'être attentif aux confrères, surtout s'ils sont « en concurrence directe ». Cette vigilance doit être accrue en cas de « mode d'exercice particulier » qui peut fragiliser le praticien lors d'une éventuelle procédure. D'où la nécessité de disposer de moyens adéquats : plateau technique et bonne tenue des dossiers dans lesquels doivent être notés les éléments pertinents permettant de se justifier. Soulignons que le dossier médical est la propriété du patient ; il peut le réclamer et y avoir accès, ainsi que la justice.

L'utilisation du téléphone engage la responsabilité du praticien, qu'il réponde directement, par l'intermédiaire d'un secrétariat ou d'un répondeur (si on accepte de recevoir des messages, on devient automatiquement responsable de les traiter). En situation d'urgence, en cas de transfert à un confrère ou à une structure, il est indispensable de s'assurer du suivi et de la prise en charge effective par le patient. Aucune information ne devrait être transmise par téléphone.

L'échange d'informations doit être traité avec la plus grande attention en datant les courriers et les certificats. Ces derniers ne doivent jamais être antidatés. Ils ne décrivent que ce qui est effectivement constaté et ne sortent en aucun cas du strict champ médical. Toute forme de complaisance ou de sympathie ne peut nuire au médecin. Si nous ne disons pas toujours tout au patient, l'assertion est réciproque ; il est indispensable de responsabiliser le patient et de ne rien endosser à sa place, qu'il s'agisse d'assurances, d'emprunts, de problèmes de couple, de difficultés professionnelles, sociales ou autres. Aucune information ne devrait être transmise aux médecins d'assurance.

En cas de mise en cause, il n'est pas inutile d'avoir une bonne relation avec le conseil de l'Ordre qui peut désamorcer nombre de plaintes ou de procédures. À défaut, l'échange avec des confrères ayant une expérience en médecine légale peut être précieux.

COMMENT GÉRER LES ERREURS MÉDICALES ?

De quasi inexistant dans le cours de la pratique, le registre juridique peut devenir proportionnellement plus important, voire exclusif dans les situations à risque.¹¹

Quelle que soit la situation, le médecin devrait toujours s'efforcer de restaurer le dialogue pour rester le plus longtemps possible dans le registre médical.

Certaines erreurs ne sont connues que du médecin

Si le fait d'en informer le patient peut éviter ou atténuer un développement péjoratif, il est évident que, quel qu'en soit le coût relationnel, le praticien gagne à privilégier l'efficacité et la sécurité du patient qui lui en saura toujours gré et parfois même reconnaissant pour sa sincérité.

À propos du reproche venant du patient ou de son entourage

La situation est beaucoup plus délicate. La difficulté dépend de la gravité de l'erreur et de ses conséquences, mais aussi du contexte relationnel. Un patient très agressif ou vindicatif mérite d'être « traité » avec beaucoup de doigté. À l'inverse, même en l'absence de toute erreur du médecin, disqualifier le patient en refusant d'écouter sa plainte ne peut qu'attiser son ressentiment et accentuer l'intensité et le risque relationnel pour le médecin.

Dans tous les cas, il s'agit d'une situation relationnelle spécifique, éprouvante et délicate, puisque très impliquante voire menaçante pour le médecin.

Un reproche à l'encontre d'un médecin s'inscrit toujours dans une relation et une histoire avec un avant, un pendant et un après. Par-delà les faits, c'est souvent la manière qui est reprochée au médecin ; l'insatisfaction du malade ou de son entourage viennent souvent de ce que le médecin n'écoute pas, utilise des mots trop techniques ou parle avec condescendance. Le médecin gagne à préparer l'entretien, à se mettre à l'abri des perturbations téléphoniques ou autres, à lui accorder un temps suffisant et, enfin, à se réapproprier les événements en cause dans leur détail. Il doit aussi se poser un certain nombre de questions : Qu'est-ce que je ressens face à cette situation ? Qu'est-ce que je crains ? Ai-je des choses à me reprocher et, si oui, lesquelles ? Quels étaient mes objectifs, mes contraintes pour gérer cette situation ? Est-ce que je peux argumenter mes décisions ? Ces questions sont suivies d'autres questions durant et après le ou les entretiens avec le patient : Que me dit le patient ? Comment le dit-il ? Quel est son état émotionnel ? Qu'attend-il de moi ?

La compétence relationnelle du médecin est ici indispensable, puisque son insuffisance peut générer des conséquences non seulement pour le patient, mais aussi pour le praticien lui-même.

S'il n'y a pas de « conduite à tenir relationnelle », dans une situation de reproche, certains principes permettent d'améliorer une relation : tenir compte du contexte, identifier les prémisses de chacun, et surtout faciliter les échanges, tout en acceptant des moments difficiles et en assumant que le patient ou ses proches nous reprochent nos erreurs ou ce qu'ils considèrent comme telles.

Le professionnel de santé doit accepter d'écouter. Il s'efforce d'être empathique tout en restant ferme. Il doit montrer au patient qu'il l'écoute, reconnaît son point de vue, le respecte, le comprend et

compatit de manière sensible et humaine. Restant dans le domaine thérapeutique, il doit aider le patient dans un travail de « deuil » par rapport à une pathologie nouvelle pour laquelle il n'était pas préparé. Ensuite, seulement, le médecin peut exprimer ses sentiments avec sincérité tout en observant les réactions du patient. Il peut aussi donner son explication des événements, reconnaître ou non l'erreur en la situant dans son contexte. Il veille à ne pas culpabiliser le patient.

En cas d'échec avéré de la relation thérapeutique, le médecin doit accepter d'en sortir totalement en voyant en l'autre non plus un patient mais un adversaire dès lors que les échanges se situent dans le registre juridique qui relève d'un échange contradictoire. Dans ce cas : « *ne restez pas seul ! Parlez-en à vos confrères et sachez vous entourer de bons conseils, notamment auprès de votre assurance médicale dont les médecins-conseils connaissent bien les recours et la manière de bien préparer un dossier où les documents fournis sont très importants* ». ¹⁰ Les patients sont souvent très bien défendus (médecins recours, associations de victimes, avocats spécialisés) et les médecins doivent l'être aussi ; ils peuvent d'ailleurs avoir recours à un avocat de leur choix dont les honoraires sont pris en charge par l'assurance responsabilité civile.

UN ACCIDENT DU TRAVAIL A DEUX VICTIMES

Le médecin mis en cause est la seconde victime de l'erreur. ⁴ Les médecins sont façonnés à être, a priori, centrés sur l'autre : altruistes, compatissants, volontiers culpabilisables... Ils sont animés par un véritable « surmoi médical » qui peut les pousser, dans certains cas, à mettre en question leur sécurité juridique pour ne pas perturber leur relation avec leur patient ou en raison d'une difficulté à dire ou à faire telle ou telle chose.

La mise en cause du médecin peut faire partie de sa vie professionnelle dont elle constitue alors un épisode notable avec lequel il devra continuer à travailler pendant et après qu'il sera « terminé ». C'est une épreuve dont il sort toujours affecté et pas forcément plus performant, dès lors qu'elle interpelle non seulement sa responsabilité, mais aussi l'image qu'il se fait de lui-même. Il se positionne alors par rapport à l'univers juridique comme le ferait un patient confronté à la maladie et à la médecine.

Chacun d'entre nous réagit alors avec sa personnalité et son his-

toire, notamment sa position vis-à-vis du reproche, ses doutes sur sa propre pratique et ses conceptions de la médecine, des patients, de sa fonction et de la nature et l'étendue de sa responsabilité. « *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* ». ³ Pourtant, aussi déterminants soient-ils, ces facteurs, que nous avons tendance à occulter, sont loin d'être audibles par nos patients, la collectivité ou les médecins eux-mêmes. Il n'est pas étonnant qu'ils soient rarement formulés et encore plus exceptionnellement pris en compte.

Le médecin qui devient justiciable se retrouve seul mis en cause, ce qui est légitime mais réducteur puisqu'il incarne aussi le docteur dans un contexte donné (notamment prise de risque et pertes de chance) et que par ailleurs, il est tributaire du dispositif de soin notamment dans ses contradictions et ses insuffisances (par exemple : médecin surchargé qui doit bien assumer...) qui peuvent mettre dans l'obligation de prendre des risques certes calculés, mais parfois sources de conséquences fâcheuses. Cette prise de risque est d'autant moins audible par le patient ou ses proches qu'elle s'inscrit dans un contexte culturel où la médecine semble toute-puissante et infaillible, les dysfonctionnements étant plus volontiers perçus comme générés par un mauvais médecin que par une médecine imparfaite. On a le droit à l'erreur, mais il n'est pas bon de trop le dire car la norme théorique et officielle reste de l'ordre de la perfection. C'est pour dépasser cette solitude et réintroduire l'erreur médicale dans son contexte collectif que le groupe REPERES a entamé ce travail. ⁷ Si les risques d'agression et d'épuisement professionnel commencent enfin à être reconnus et pris en compte, il était nécessaire de s'intéresser aussi aux risques juridiques, à la fois pour les dédramatiser et pour les travailler. Aucun d'entre nous n'est à l'abri de ce véritable « accident du travail » que constitue l'erreur médicale. Aucun d'entre nous ne peut en sortir indemne s'il y est confronté. Ces différents risques s'inscrivent en effet dans une véritable « clinique » de la décision médicale et plus largement des pratiques de soin. Loin des théories ou des idéaux, ils participent de la « vraie » vie et méritent d'être décrits, pris en compte et traités comme tels. ■

Références

1. Grenier B. Évaluation de la décision médicale. Masson, 1999.
2. Galam E. Peut-on analyser la décision médicale ? Rev Prat Med Gen 2001 ; 15 : 1323-6.
3. Klotz P. L'erreur médicale. Mécanismes et prévention. Maloine, 1994.
4. British Medical Journal 2000 ; 320 : 725-814.
5. Lancet 2001 Jan 13 ; 357 et suivants.
6. Pratiques. L'erreur en médecine 3^e 94. La responsabilité médicale N° 7 3^e 99
7. REPERES : Séminaire Dédramatiser et travailler nos erreurs. Juin 2004 et Juin 2005.
8. Sicot C. Une politique de gestion des risques médicaux. Responsabilité n° 10 ; juin 2003
9. Anaes. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement. Janvier 2003.
10. Dumas Régis. Médecin expert.
11. Galam E. L'erreur médicale. Rev Prat Med Gen 2003 ; 17 (626) : 1231-4.

SUMMARY : xxx

xxx