

Comment se comporter lors de la découverte d'une erreur lors d'un examen antérieur ?

Vincent HAZEBROUCQ, MCU-PH de radiologie à l'Université Paris Descartes et à l'AP-HP, Directeur du diplôme de l'Université d'imagerie médico-légale de l'Université Paris Descartes.

Cette question étant régulièrement et de plus en plus fréquemment posée à votre chroniqueur, SRH-Info vous propose dans un premier temps de rappeler la réponse juridique qui s'impose, puis dans un second temps d'adopter dans nos structures radiologiques un outil très simple et très pragmatique d'apprentissage par l'erreur, dans l'espoir de les prévenir. **Otto von BISMARCK** disait en effet "Les idiots disent apprendre de leurs propres fautes. Moi, je préfère encore apprendre des fautes des autres".

L'erreur est - notamment - une réponse involontairement et inconsciemment erronée ou inadaptée à une question, un problème ou une situation.

Dans cette définition l'erreur est intrinsèquement humaine, ce qu'exprime la fameuse locution latine, "*Errare humanum est, sed perseverare diabolicum*" (il est humain de se tromper mais il est diabolique - ou impardonnable - de persévérer dans l'erreur) dont une des premières formes serait attribuable à Sénèque le Jeune, philosophe stoïcien né à Cordoue (Espagne), qui fut il y a vingt siècles le Conseiller de Caligula et le précepteur de Néron.

Chaque radiologue sait hélas qu'il n'est pas rare que la revue d'un dossier, par exemple à l'occasion d'un nouvel examen, le conduit à découvrir une inexactitude factuelle (de côté, de

niveau...) ou une autre forme d'erreur dans un compte-rendu antérieur. Les estimations de taux d'erreur publiées sont extrêmement variables, de 1/10 000 environ pour les erreurs de latéralité sur l'ensemble des comptes-rendus d'une année dans le département de radiologie du MGH de Boston, en 2007, ou de l'ordre de 3 à 5 p. cent en radiologie générale, voire de 30 et même de 90 p. cent (!) pour la détection des cancers du sein ou du poumon¹.

L'Éthique médicale exige, en France comme à l'étranger² - afin d'en limiter ou de rattraper autant que possible ses conséquences matérielles - qu'une erreur découverte soit signalée au médecin traitant et au patient lui-même, auquel le Secret médical n'est, rappelons-le, nullement opposable. Certains objectent parfois leur crainte du risque juridique pouvant découler de ce signalement et préfèrent considérer qu'il n'y a pas de problème tant que l'erreur n'est pas connue ("*Tout va bien : l'arbitre n'a rien vu*"). Cette opinion ne résiste en réalité pas à la réflexion, car la découverte de cette cachotterie est sans nul doute le meilleur moyen, lorsqu'elle est mise au jour, pour ruiner irrémédiablement la confiance du patient et/ou de son entourage et de les inciter à porter plainte contre ce médecin pour déchaîner sur lui les foudres de la loi : en effet, depuis la Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de Santé (dite 'Loi Kouchner'), la révélation sans délai au patient

d'une erreur ou d'un dysfonctionnement initialement passé inaperçu est devenue une obligation légale explicitement inscrite dans le Code de la santé publique (CSP)³.

Cette obligation n'est déjà pas chose facile ("*Dura lex sed lex*", la loi est dure mais c'est la loi, disaient déjà les juristes romains), lorsque l'erreur a été commise par le même médecin ou la même équipe que celui ou celle qui la découvre, bien qu'en pratique les patients sont souvent bien plus compréhensifs qu'on le craignait devant un aveu clair et simple accompagné de l'expression de sincères regrets.

Cette révélation est évidemment encore plus délicate lorsque l'on découvre une erreur commise par un autre praticien ou une autre équipe. Cependant, le patient doit tout de même être informé, quand bien même il semblerait n'en pouvoir tirer aucun bénéfice, et cette information doit se faire dans le respect de la déontologie médicale qui interdit de mettre en difficulté un confrère. Ces exigences apparemment contradictoires peuvent être conciliées lorsqu'il est possible de contacter le confrère pour convenir avec lui que c'est lui qui informera le patient de l'erreur commise, sans manquer de lui indiquer qu'il le fait en accord avec le médecin qui lui a signalé l'erreur. Par prudence, il peut être recommandé d'obtenir de ce confrère la copie du courrier dans lequel il confirme par écrit cette révélation au patient.

¹ Voir notamment TOMS AP, "The war on terror and radiological error?", in *Clin Radiol* 2010, 65 (8) : pp. 666-668 et FITZGERALD R, "Error in Radiology", *Clin Radiol* 2001, 56 (12) : pp. 938-946 A.P. Toms*

² Voir par exemple l'article de JD Armstrong II, "Morality, Ethics and Radiologists' Responsibilities", *AJR* 1999, 173 (2) : 279-284, ainsi que la recommandation publiée en 2003 par la Commission Australienne pour la qualité et la sécurité des soins de santé, disponible pour le téléchargement à l'adresse internet suivante : [http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/3D5F114646CEF93DCA2571D5000BFEB7/\\$File/OpenDisclosure_web.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/3D5F114646CEF93DCA2571D5000BFEB7/$File/OpenDisclosure_web.pdf)

³ Art. L.1111-2 CSP : "Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser...."

... Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie."

Cette procédure n'est pas toujours possible, notamment lorsque l'on découvre une discordance d'interprétation à l'occasion de la demande de relecture d'un examen, ou lors de la réalisation d'un examen de contrôle et que le patient a fait savoir qu'il ne souhaitait plus, pour une raison quelconque, revenir vers son précédent médecin. Il faut alors rédiger un compte rendu de relecture qui redresse l'erreur sans toutefois accabler le prédécesseur. Le professeur Leonard Berlin, éminent spécialiste de la responsabilité médicale de l'Université de Chicago a parfaitement résumé les pièges à éviter dans cette situation⁴ : il faut tout d'abord s'en tenir aux faits et se garder d'exprimer par écrit tout jugement explicite ou même implicite sur l'interprétation antérieure ; il faut ensuite bannir les termes de diagnostic, de lésion ou d'image "raté(e)", "omis(e)", "méconnu(e)", voire "d'erreur" et plus encore de "faute"; il suffit d'écrire qu'il existe une image "non antérieurement décrite" dont il est parfaitement inopportun de s'égarer à dire qu'elle "aurait précédemment dû être signalée" (ou "décrite" ou toute autre formule du même type, ou encore que l'image était "évidente mais non décrite sur l'examen antérieur"...

Il est revanche parfaitement souhaitable de préciser, le cas échéant, si l'image a été découverte grâce à des informations complémentaires dont ne disposait pas le précédent confrère telle qu'une lésion devenue plus évidente sur un examen ultérieur, ou évoquée en raison de modifications de la symptomatologie clinique ou biologique, attirant l'attention vers une anomalie jusqu'alors quiescente.

Le patient peut parfaitement comprendre que le médecin, qui semble sincèrement navré, est une seconde victime de l'erreur. Lorsque le médecin présente ses excuses, le patient peut plus facilement comprendre son histoire médicale, et renouveler sa confiance dans la médecine, puisqu'elle se comporte de façon respectueuse et en toute transparence⁵.

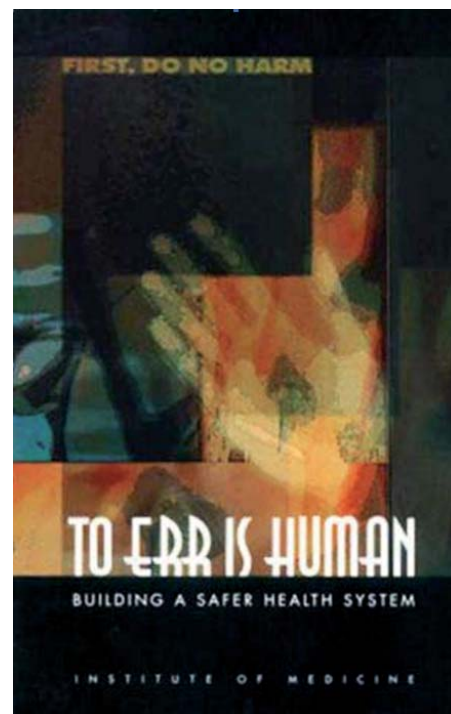
Une fois l'erreur signalée et les excuses présentées, une autre dimension de la question ne devrait pas être escamotée, même si elle est encore trop peu souvent mise en œuvre dans notre pays : il s'agit de l'étude de cette erreur,

pour tenter d'en identifier ses mécanismes et d'éviter ultérieurement de la reproduire. Cet apprentissage par l'erreur est également un devoir éthique du médecin, que les patients réclament lorsqu'ils justifient leurs poursuites judiciaires ou ordinales en indiquant souhaiter principalement que cela ne se reproduise "jamais plus"...

Il semblait donc logique d'adapter les revues de mortalité-morbidité (RMM) à la pratique de la radiologie diagnostique, dans l'espoir de transposer en radiologie les gains de qualité et de sécurité qui ont été obtenus dans l'aviation civile internationale par la mise en place de procédures systématiques de signalement des événements porteurs de risque.

Catherine Melvin et coll. ont ainsi publié en 2004⁶ dans *Clinical Radiology* une procédure simple et commode de recueil systématique par chacun des médecins du département de radiologie de l'hôpital de Stoke Mandeville (UK), à l'aide d'une fiche standardisée, de toutes les formes d'erreurs ou de discordances constatées dans le dossier radiologique d'un patient revenant pour un nouvel examen, qu'il s'agisse d'une erreur de coté, d'un diagnostic finalement infirmé par l'anapath, par l'évolution spontanée ou par les constatations opératoires, ou encore d'une lésion initialement méconnue ou non signalée... Chaque semaine, une réunion de service ad hoc permet d'étudier ces dossiers d'erreur, pour en discuter les mécanismes et les causes, et réfléchir collectivement à d'éventuelles précautions permettant d'en prévenir la récurrence : en 2002, 25 réunions de ce type ont eu lieu, permettant l'étude de 107 dossiers (en moyenne 4 cas par réunion durant approximativement 30 minutes chaque semaine, périodes de vacances exclues). Ces réunions ont eu pour principal intérêt de mettre en évidence des besoins collectifs de formation dans certains domaines, et ont ainsi permis la réduction du taux d'occurrence de certaines erreurs répétitives.

Dans un article de 2009, K. Mankad et coll.⁷ rapportent que cette initiative, recommandée par le Royal College of Radiology a été depuis très variablement adoptée par les participants d'un sondage effectué par écrit à l'occasion du



RSNA 2007 : sur environ 300 répondants issus de 32 pays différents, le taux moyen de recensement par écrit des erreurs commises était d'environ 20%, avec 80% de réunions de revue des erreurs chez les radiologues des USA ou de Grande-Bretagne, mais seulement chez 5 sur les 12 Français interrogés...

Dans un éditorial de *Quality Health Care*, Lucian L. Leape, Professeur à l'école de santé publique de Harvard (Boston, USA) préconisait dès 2000, dans la droite ligne du rapport publié cette même année par l'US Institute of Medicine sous le titre "To Err is Human"⁸, la création d'un recueil informatisé national et recommandait un changement de regard sur l'erreur médicale, avec l'abandon de la *Culture de la honte*, qui incite chacun à masquer ses erreurs, pour adopter résolument une *Culture de la prévention*, qui exige au contraire de les révéler pour les étudier⁹. Nos collègues Britanniques se sont donc engagés sur cette voie et nous devons leur emboîter le pas.

Selon cette logique, les médecins qui ne signaleront pas suffisamment d'erreurs deviendraient autant suspects que ceux dont on rapporterait des taux d'erreurs trop nettement supérieurs à ceux de leurs collègues !

⁴ Orzel JA et Berlin L., *Questions and Answers*, AJR 2003, 180 : p. 1477

⁵ Voir notamment sur ce point l'article de GALLAGHER TH. et coll., "Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors" in JAMA. 2003;289:1001-1007

⁶ MELVIN C et coll., "Managing errors in radiology : a working model", in Clin. Radiol. 2004, 59 (9) : 841-845

⁷ MANKAD K. et coll., "Radiology errors : are we Learning from our mistakes ?", in Clin Radiol 2009, 64(10) : 988-993

⁸ KOHN LT et coll., "To Err Is Human: Building a Safer Health System", Rapport du Committee on Quality of Health Care in America, US Institute of Medicine 2000, 312 p. disponible à l'adresse suivante : <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>

⁹ LEAPE LL, "Reporting of medical errors: time for a reality check", *Quality Health Care* 2000, 9 (3) : pp. 144-145.