

**Avertissement** : notes prises au vol... erreurs possibles... (surtout que c'est l'été !) prudence !

Mardi 12 juillet 2011

Hôpital cantonal de Genève

## La psychologie de l'erreur médicale

Dr. M. Nendaz

Un maçon moldave de 46 ans présente des céphalées, de la fièvre, un méningisme et une PL avec 50 GB /ml (lymphocytes), glycorachie et protéinorachie normale. Il est hospitalisé avec le diagnostic de méningite virale.

Ce n'est qu'après quelques jours, comme il ne va pas mieux, qu'une reprise de l'anamnèse évoque une histoire qui dure déjà depuis un certain temps, avec des paresthésies, et que la clinique suggère un processus infectieux local que l'on se décide pour une imagerie qui met en évidence un mal de Pott cervical soit une spondylo-discite cervicale tuberculeuse avec une méningite par contiguïté...

C'est un exemple d'erreur médicale...

Et elles ne sont pas si rares... En reprenant les dossiers après sortie de l'hôpital, on retrouve 7-20% d'erreurs diagnostiques.

Il y a plusieurs façons de vérifier la justesse de notre raisonnement et de quantifier nos erreurs :

- les trouvailles d'autopsies
- demander une 2<sup>ème</sup> opinion
- revoir les cas après coup
- tester les médecins avec des faux patients (des acteurs).

La plupart des erreurs sont dues à un mélange : le contexte d'une part et un défaut de raisonnement d'autre part.

Un petit nombre d'erreurs (7%) sont considérées comme inévitables (no faults errors).

Souvent le patient nous soumet des données, qui enclenchent chez nous une ou des hypothèses, qui vont être vérifiées pour confirmer ou infirmer l'hypothèse initiale et arriver à un diagnostic final.

C'est ce que l'on appelle le processus hypothético-déductif.

Parfois le diagnostic saute aux yeux, il est immédiat, car l'on se souvient d'une situation identique.

Suivant notre degré de familiarité avec le problème rencontré, on va plutôt être dans l'instantané ( si l'on connaît bien le sujet), ou dans l'hypothético-déductif laborieux (si l'on est novice en la matière).

L'intégration complète des données et la représentation du problème est fondamentale.

Par exemple, des céphalées, un état fébrile, une nuque raide et des lymphocytes dans la PL évoque clairement une méningite virale, alors qu'une durée des symptômes de plus de 3 semaines, avec des vertèbres cervicales douloureuses à la palpation et un syndrome radiculaire cervical évoque clairement un processus infectieux local.

On nous dit que les connaissances sont peu importantes (3%), la récolte des données l'est un peu plus (14%), mais que l'intégration des données est fondamentale (50%) et la vérification des données un peu moins (33%).

On ne trouve que ce que l'on cherche, et l'on ne cherche que pour confirmer ou infirmer une hypothèse; cette vision «étroite» peut instaurer une cécité «collatérale» ou l'arbre peut en quelques sortes cacher la forêt...

Si le Dr X revient des USA dans une région à forte prévalence d'histoplasmoses, et que, installé à Morges, il se met à chercher des histoplasmoses partout, il est confronté à ce que l'on appelle un biais de «représentation».

Si le Dr Y, vient de découvrir un syndrome de Cushing chez un patient hypertendu et qu'il se met à le rechercher chez tous les patients hypertendus, il est confronté à un biais de «disponibilité». De même si en sortant d'un colloque sur une maladie rare il se met à la rechercher chez ses patients.

Si le Dr Z pense que le patient a une migraine et qu'il s'efforce de confirmer cette hypothèse envers et contre tout, c'est un biais de «confirmation». On peut aussi appeler cela un biais «d'ancrage» si l'on ne veut à aucun prix «lâcher le morceau», bien que l'hypothèse initiale soit fautive.

Il y a aussi le biais de «contexte» quand un insuffisant cardiaque a une dyspnée, mais que la cause, contrairement aux apparences, n'est pas forcément cardiaque.

Il y a le biais de «l'excès de confiance en soi» lorsque nous sommes incapables de suspecter l'erreur.

On comprendra que la personnalité du médecin, son sexe (?), son âge, sa spécialisation, son implication émotionnelle, sa gestion du stress, son attitude face au risque... tout cela va jouer un rôle.

On comprendra aussi que la présentation des données par le patient, son milieu socio-économique, son âge, son sexe, sa culture, ses dépendances, ses comportements à risque tout cela va aussi jouer un rôle.

On peut aussi se dire, et c'est tout à fait d'actualité, que la politique de santé locale, le Tarmed, la fin de l'obligation de contracter... etc... ont sans doute aussi leur rôle à jouer.

On voit donc que l'erreur est humaine et fréquente. Que les mécanismes sont bien

décrits. Et qu'il y a moyen de les diminuer... un colloque comme celui-ci par exemple...

NDLR : Si Adamsberg, Danglard, Retencourt, Estalère et les 4 évangélistes ne vous disent rien, il est urgent de vous plonger dans les rompols de Fred Vargas... il faut en lire au moins 3 d'affilée, pour commencer à se sentir en famille avec les personnages... n'importe lesquels, ils sont tous bons... c'est pas toujours hypothético déductif... c'est encore plus fin que ça...

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan  
[ericbdh@hin.ch](mailto:ericbdh@hin.ch)

transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)