

# LE RAISONNEMENT EN MEDECINE. LES LIMITES : ERREURS, FAUTES ET L'ALEA.

## Section 1 : Introduction

### 1. La définition de l'erreur

C'est l'action de se tromper intellectuellement ou moralement. Elle est synonyme d'aberration, confusion, fausseté, méprise. L'erreur est différente de la **faute**, qui est par opposition le manquement à une **règle préétablie** ou à une **loi**. La faute c'est la **mauvaise** action. La faute a une connotation péjorative que n'a pas l'erreur. « *Errare humanum est* » dit le proverbe.

### 2. Les explications de l'existence d'erreurs

#### 2.1. La médecine

Ce n'est pas une science exacte mais plutôt un art.

- l'aléa intervient souvent car il s'agit de tissus vivants ;
- **la santé est par nature aléatoire** et les malades ont droit à des soins de qualité mais pas à la santé. L'obligation médicale contractuelle est de **moyen** et pas de **résultat**.

#### 2.2. Le médecin

Est un être humain donc faillible, de ce fait il existe des risques d'erreurs dans ses actions diagnostiques ou thérapeutiques.

#### 2.3. L'exercice de la médecine

C'est une activité complexe. La finalité est l'amélioration de la santé de l'**individu** et de la **population**. Il est nécessaire de faire des projections dans l'avenir et des choix qui sont des sources d'erreurs. C'est le cas des :

- options dans le système de santé,
- choix des investissements techniques,
- orientations de la recherche,
- choix des enseignements aux étudiants.

Cet aspect Social, Économique voire Politique est presque par définition source d'erreur.

Cependant, limitons le propos à l'exercice du praticien, le diagnostic, le traitement, la prévention, la prise en charge psychologique et la prise en charge des maladies de conduite.

## Section 2 : Le diagnostic

C'est le domaine de l'**erreur** plus que de la faute car il n'existe pas de règle ou de loi bien formalisée pour élaborer un diagnostic.

### 1. L'élaboration du diagnostic

#### 1.1. L'accumulation des données est la première étape c'est l'interrogatoire, l'examen clinique et paraclinique

#### 1.2. Au niveau du raisonnement médical il existe deux grandes méthodes de raisonnements

##### 1.2.1. La méthode algorithmique

C'est un arbre de décision, chaque étape implique une nouvelle question. C'est la méthode des ordinateurs et des logiciels souvent appelés par erreur **intelligence artificielle** car ils n'ont encore jamais remplacé le raisonnement humain.

##### 1.2.2. La méthode probabiliste

Cette méthode est basée sur un axiome :

*« La probabilité pour qu'une maladie soit détectée par un symptôme est réalisée en fonction de la probabilité d'observer ce symptôme dans la maladie considérée ».*

**La théorie « des formes »** de Guelstadt permet de comprendre cette méthode : *« une forme est un ensemble d'éléments qui prennent une signification lorsqu'ils sont reliés dans l'esprit de l'observateur et lorsqu'ils se détachent sur les autres éléments qui constituent le fond ».*

Le médecin après un temps d'interrogatoire et d'examen relie entre elles une série d'informations (la forme initiale est équivalente à l'**hypothèse de départ**). La suite de l'examen aboutit à la **confirmation** ou à l'**infirmité** de cette hypothèse par vérification et élimination de toute une série de possibilités (c'est le mécanisme de l'**intuition clinique**).

### 2. L'erreur est possible a tous les niveaux

- Le **recueil même des données** peut biaiser le diagnostic.
- Les **mauvaises connaissances théoriques** peuvent masquer l'évidence du symptôme.
- L'**effet de prégnance** : c'est l'effet où l'image initiale se maintient en place dans l'esprit du médecin malgré les infirmités observées. Pour éviter cet effet il est nécessaire de réaliser une remise en cause permanente. C'est l'autocritique et le pragmatisme.
- L'**erreur stratégique** : c'est l'erreur dans le choix des examens complémentaires ou dans la stratégie d'utilisation des examens les plus discriminants , **les moins coûteux** et les moins invasifs.

Actuellement les **références médicales opposables** de la dernière convention médicale ont fait sortir l'erreur stratégique du domaine de l'**erreur** pour gagner le domaine de la **faute**.

## Section 3 : La thérapeutique

C'est le domaine de la **faute** car il existe des règles et des lois, en particulier en pharmacologie.

### 1. L'obligation de moyens et pas de résultats

Le médecin a **une obligation de moyens** et non de résultats. Il doit connaître les moyens « *conformes aux données actuelles de la science* » et les mettre en oeuvre dans les meilleures conditions.

L'alternative idéale du bon acte thérapeutique (guérison sans séquelle) et du mauvais acte où l'évolution morbide continue vers la maladie ou la mort n'est qu'une caricature car l'**accident thérapeutique iatrogène** vient parasiter ce choix simpliste. Les accidents mortels d'anesthésie représentent 0,1 % des statistiques, mais pour le malade, la famille et le médecin leur cas représente 100 % de leur propre expérience. C'est un des moteurs les plus puissants de la demande de réparation judiciaire.

L'acte thérapeutique comporte des éléments aléatoires et 2 risques qui se pondèrent : l'inconvénient d'agir par rapport à celui de laisser évoluer spontanément la maladie ou la lésion.

### 2. La faute thérapeutique

#### 2.1. La règle a été transgressée

La loi pharmacologique est la mieux codifiée (posologie, contre indications, interactions médicamenteuses). Une transgression de ces règles est une faute médicale.

#### 2.2. Les actions thérapeutiques non médicamenteuses

Elles occasionnent des positions plus nuancées. C'est soit la mauvaise indication, soit le mauvais choix des moyens d'exécution (environnement, exécutant). Il existe un certain nombre d'éléments irrationnels dans le choix, en effet le choix d'une méthode radicale ou conservatrice est souvent fonction des événements antérieurs et l'expérience personnelle du médecin (indication d'amputation par rapport à l'expérience d'échec d'une méthode conservatrice).

#### 2.3. La mauvaise appréciation du risque par rapport aux avantages de la méthode

Cette mauvaise évaluation relève :

- Soit de la méconnaissance des contraintes de la méthode.
- Soit de l'exagération de l'évaluation du risque. Il faut se méfier de la **médiatisation** de l'information médicale et en mesurer les effets en particulier sur des points très sensibles : le développement du cancer.

- Soit de la **surévaluation des avantages**. C'est le cas des techniques nouvelles ou à l'inverse une obstination thérapeutique devant les échecs. Ici on reconnaît l'intérêt de la connaissance des règles thérapeutiques et la réflexion sur les moyens médicaux. C'est le rôle du pragmatisme et du refus des attitudes dogmatiques.

## **Section 4 : La prévention**

L'erreur est issue d'une mauvaise évaluation de la causalité.

### **1. Il ne faut noter les excellents résultats de la prévention des maladies infectieuses**

En effet il existe un lien **direct** entre le facteur causal déterminant (microbien) et les lésions de la maladie. La conséquence de ce lien est l'**efficacité de la vaccination** comme prévention.

### **2. Dans d'autres domaines**

Tels que la prévention du cancer, des maladies cardio-vasculaires, et des maladies métaboliques, le lien de causalité est **indirect**.

Il est nécessaire d'avoir une action prolongée sur un ou plusieurs facteurs de la cause pour avoir un effet. Il ne faut alors pas négliger le retentissement de ces actions contraignantes sur la vie du patient.

Les **bonnes pratiques** sont les visites de médecine du travail, le dépistage de la tuberculose, le dépistage du cancer du sein et du col utérin. L'erreur serait l'extension excessive de bonnes pratiques en transformant la vie de ces patients et en les culpabilisant : c'est le cas du contrôle parfait de la courbe pondérale des obèses et des effets pervers du contrôle permanent du taux de cholestérol.

## **Section 5 : La prise en charge psychologique par le médecin généraliste en excluant l'aspect psychiatrique**

L'activité médicale a un côté « *magique* » par le pouvoir psychologique du médecin sur son patient. Le médecin utilise ce pouvoir dans le seul bénéfice du patient.

L'**erreur** côtoie en permanence le choix efficace. C'est dire le grand nombre de sources d'erreurs car le côté humain de la relation médecin malade est en cause.

### **1. Devant une maladie incurable**

Il faut opposer les bienfaits du mensonge et le droit du malade à la vérité. C'est un des plus grands risques d'erreur de décision. Les mots ont une répercussion considérable sur le psychisme du patient et le médecin est libre après avoir apprécié la situation de dire ou non la vérité au malade.

**L'article 35 du Code de Déontologie** précise :

*« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.*

*Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination.*

*Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite ».*

## **2. Devant une décision difficile d'intervention chirurgicale urgente**

La persuasion subtile côtoie l'injonction brutale dans un domaine où la **négociation** est impossible. La vie ou la mort du patient peuvent dépendre d'une intuition du médecin sur l'attitude à proposer ou imposer au patient. Il y a parfois peu de temps, peu de réflexion si la décision à prendre doit être rapide et urgente.

Ainsi, l'article 36 du Code de déontologie mentionne :

*« Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.*

*Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.*

*Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité.*

*Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article 42 ».*

## **3. Dans le cas où le malade doit faire un effort thérapeutique prolongé et volontariste**

Dans un régime amaigrissant, le comportement du patient peut être fonction de l'investissement "*affectif*" sur le thérapeute ou à l'inverse dicté par une réaction agressive de prise de conscience.

L'aide à son malade ne peut être guidée, ici, que par une attitude intuitive des réactions.

## **4. Dans le cas de patient indemne de maladie organique**

Il peut être nécessaire de le convaincre, un médecin pourra trouver nécessaire de multiplier les examens complémentaires, les explications et les réserves prudentes. Un autre pourra asséner avec force et brutalité : *« vous n'avez rien »*. Dans les 2 cas le but est de libérer le sujet de l'inquiétude qui l'étreint, et le médecin doit deviner le sujet d'inquiétude du patient.

La nouvelle convention médicale prévoit pour les personnes âgées l'existence d'un dossier médical unique. Cette contrainte doit être éthiquement soutenue par le constat médical d'une impossibilité de convaincre le patient de l'absence de maladie.

## **Section 6 : La prise en charge des maladies de conduite**

Souvent les maladies de conduite (alcoolisme, toxicomanie) sont considérées par erreur comme ayant des causes sociales. Il faut garder en mémoire que les marginaux sociaux sont des **malades**.

### **1. La physiologie est inégalitaire**

La vulnérabilité des individus devant l'alcool et la drogue est très variable. En effet, on ne connaît pas la dose minimale admissible au dessous de laquelle on pourrait consommer sans danger et on ne sait pas non plus dépister les sujets les plus vulnérables.

Le risque individuel est donc imprévisible non seulement en terme de quantité mais aussi de durée. **La maladie de conduite** peut atteindre n'importe qui à tout moment.

### **2 - La perte de la liberté est l'objet de soins**

La maladie de conduite est le fait d'avoir perdu la liberté de s'abstenir de consommer le produit dangereux. La possibilité de faire un choix est limitée, voire annulée, avec ou à cause de l'alcool ou de la drogue. C'est cet état de **dépendance** qui est d'essence médicale.

### **3. L'inégalité sociale est source de morbidité**

L'espérance de vie d'un manoeuvre de 35 ans est la même que celle d'un cadre supérieur de 53 ans. A 20 ans d'intervalle, la mortalité des manoeuvres et des salariés agricoles est restée plus élevée que celle des instituteurs ou des cadres supérieurs. L'accès aux soins pour tous n'a pas fait disparaître ces différences qui sont même aggravées. Ainsi les chiffres de morbidité évoluent plus en fonction des **acquisitions sociales** que des **progrès de la médecine**. La médecine est là pour soigner les conséquences de cette inégalité sociale.

### **4. Le déficit a la santé est exacerbé par les inégalités sociales**

La santé a depuis toujours eu une allure de **défit** car on peut la perdre à tout moment.

Le comportement de l'individu face aux facteurs de risque (alcool, tabac, drogue, bruit...) est le plus souvent lié à l'intérêt que représente à ses yeux sa place dans la société. Les jeunes cadres dynamiques sont plus attentifs aux phénomènes nocifs que les marginaux.

Ces 4 éléments sont du domaine de l'erreur mais souvent d'essence médicale. C'est un honneur pour la profession de soigner ces malades.

## Conclusion

La plupart des erreurs n'ont pas de conséquences décisives sur la santé des malades : fort heureusement l'effet de hasard fait qu'une erreur ayant retardée le diagnostic ou alourdi le traitement est compensée par un résultat heureux.

Le risque est inhérent à l'acte médical et être médecin c'est accepter ce risque. C'est une dimension supplémentaire du médecin par rapport à un hypothétique ingénieur de santé.

Éviter les erreurs dans l'acte médical peut passer par une **formation scientifique** solide, la connaissance des facettes de l'acte médical au lit des malades (au contact de ses aînés) et par une attitude **pragmatique permanente** permettant de tirer profit de ses propres erreurs et de celles des autres<sup>3</sup>