

Sommaire :

- Retard au diagnostic d'une méningite à méningocoque
- Erreur de diagnostic symptomatique en psychiatrie
- Hypothèse étiologique erronée en neurologie

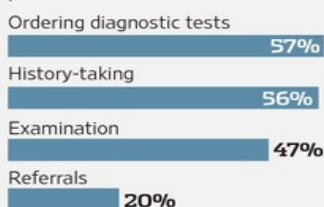
What They Miss

In a 2013 study of 190 primary-care cases, physicians missed 68 diagnoses, with these representing the biggest share of errors



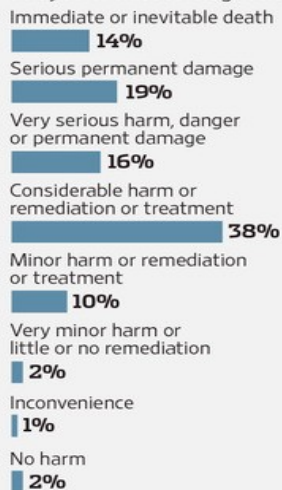
Why They Miss

Nearly four in five errors in the study were related to breakdowns in the patient-practitioner encounter. The leading causes were problems in:



The Fallout

Potential severity of injury from delayed or missed diagnosis



Source: JAMA Internal Medicine
The Wall Street Journal

Ce n'est pas un scoop, elles ont toujours existé ! Elles forment le grand contingent des « erreurs médicales », si chères aux media et permettent souvent de soutenir le lien de causalité en justice. Cette approche explique bien comment silence et culpabilité ont longtemps été les seules attitudes des médecins confrontés à ces erreurs.

Avec les premiers rapports et les premières études mettant en lumière les chiffres élevés de ces erreurs, une nouvelle approche conceptuelle a vu le jour grâce aux apports des cognitiens. L'approche systémique a permis de franchir le mur de silence derrière lequel s'étaient repliés les médecins. En même temps, était mis en exergue le fait que l'auteur d'une erreur pouvait lui aussi être affecté par cet accident et devenir « 2ème victime ».

Un nouveau langage s'est diffusé : pour déstigmatiser l'auteur et bien ancrer la dimension systémique, « l'erreur médicale » est désormais incluse dans le domaine plus large de l'« événement indésirable », « grave » ou non, « porteur de risques », « associé aux soins »... et n'est pas que l'erreur d'un médecin !

Pour autant, cette approche systémique comporte une composante liée à l'individu, au professionnel. Mais il est quasi interchangeable dans ce contexte.

« Non qui, mais pourquoi » est devenu le paradigme et permet d'officialiser l'existence des « erreurs médicales » en les signalant, en interne dans les établissements de santé ou

en externe vers les agences sanitaires, en les analysant en RMM, et surtout en structurant par les textes de loi la gestion des risques associés aux soins.

Les « événements indésirables associés aux soins » (EIAS) français sont recensés dans ENEIS 1 (2004) et 2 (2009) et les chiffres sont largement diffusés ; la synthèse annonce 1 événement indésirable grave (EIG) pour 30 lits tous les 5 jours (6,2 pour mille jours d'hospitalisation) et 1 hospitalisation sur 20 est le fait d'un tel événement en médecine ambulatoire. La typologie « erreur de diagnostic » n'a cependant pas été identifiée et individualisée pour être quantifiée.

La maturation croissante des esprits et l'implantation d'une culture de sécurité chez les professionnels de santé permet l'avènement de l'approche par les facteurs humains et organisationnels, à l'image de la sécurité industrielle et surtout aéronautique. Travail en équipe et communication sont au cœur des analyses. Et l'on ose distinguer les erreurs diagnostiques en tant que telles dans les études ! Et au-delà du « comment » a pu se produire un EIAS, on cherche le « pourquoi » et l'on peut mieux comprendre les erreurs diagnostiques à la lumière des sciences cognitives. Si les erreurs de diagnostic peuvent être estimées à 25 - 30 % des causes d'EIAS, il

n'est pas encore fait de distinction entre défaut de connaissance et biais cognitif dans le raisonnement diagnostique.

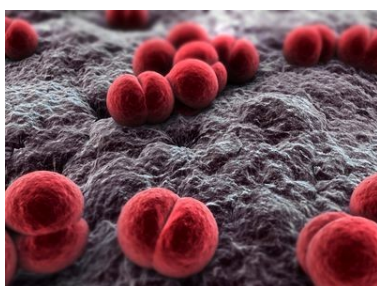
Dans son ouvrage « How doctors think », Jerome Gropman énonce les pièges à éviter lors de ce processus complexe qu'est le raisonnement clinique, au nombre de 7 (comme les péchés capitaux) :

- Le piège de l'étiquette, attribué à un patient par d'autres sans être rediscuté,
- Le raccourci diagnostique avec l'oubli des diagnostics différentiels ou des formes atypiques,
- L'erreur affective et les pièges relationnels,
- Le dossier catalogué avec l'enfermement dans le diagnostic de cas récents pris en charge
- L'obsession du zèbre ou du « mouton à 5 pattes » où l'on complexifie à plaisir,
- Le piège de l'intuition clinique, souhaitable sauf à court-circuiter les algorithmes,
- Le piège de la décision à chaud, dans un contexte de fausse urgence.

ENEIS relevait 27,6% de « défaillance humaine d'un professionnel », qui avec les 26% de « supervision insuffisante » (séniorisation) et les 24,1% de « communication inadaptée », permet peut-être de dire que les 3/4 des erreurs commises dans les établissements de santé sont bien plus souvent des erreurs humaines qu'organisationnelles...



Raccourci diagnostique malgré les atypies, enfermement dans le même diagnostic que les cas pris en charge tout au long de la journée



1/ Retard au diagnostic d'une méningite à méningocoque

En plein été en zone de villégiature, un adolescent de 13 ans accompagné par sa mère se présente un dimanche soir, au service des urgences d'un établissement pour un syndrome infectieux associant fièvre à 39,5°, vomissements et céphalées. Il signale également des douleurs au niveau de l'épaule droite. Il présente des antécédents de migraines et signale avoir eu une exposition au soleil pendant 10 mn en milieu de journée.

A son arrivée, un bilan clinique et paraclinique sont réalisés.

En l'absence de diagnostic précis, il est surveillé pendant plusieurs heures dans le service des urgences pour suspicion de coup de chaleur. L'hyperthermie et les céphalées cèdent difficilement à l'administration de paracétamol intraveineux et à la glace.

En l'absence de service d'hospitalisation pédiatrique, il est autorisé à retourner à son domicile pendant la nuit (3 h) en raison de son amélioration clinique avec déferescence thermique à 38°.

Deux épisodes diarrhéiques ont lieu pendant la période à domicile.

Il revient le lendemain matin à 8 h avec réapparition de l'hyperthermie à 39,5°, malaise généralisé et une lésion de purpura sur l'épaule droite. Les signes évoquant un purpura fulminans à point de départ méningé, il est immédiatement pris en charge.

Son état clinique se dégrade rapidement malgré l'antibiothérapie et les manœuvres de réanimation, avec une évolution foudroyante conduisant au décès moins d'une heure après sa réadmission.

Le nième coup de chaleur de la journée

Au-delà des lacunes dans l'accompagnement de internes par les seniors présents aux urgences en période de forte affluence, l'analyse a permis d'identifier un piège de raisonnement diagnostique fréquent, couplé ici à une défaillance de l'organisation des hospitalisations.

Le patient est examiné par l'interne qui en réfère au senior présent. Le diagnostic retenu est celui de coup de chaleur en raison de l'exposition (même très brève ...) au

soleil et du terrain mi-graineux. En cette période de suractivité estivale, les cas de coup de chaleur ont été nombreux aux urgences...

En raison de la sévérité des signes cliniques, une surveillance rapprochée est préconisée. Celle-ci ne peut être réalisée convenablement en raison de l'absence de lits d'hospitalisation de courte durée adaptés à l'enfant et de l'absence de service de pédiatrie.

L'inconfort du brancard

fait proposer un retour à domicile dès le début d'une amélioration clinique. Le patient n'est pas revu par le senior. Les consignes de surveillance ne sont pas non plus précisées pour ce patient dont l'entourage est médicalisé.

Lorsqu'il est réadmis 4 heures plus tard, les signes de septicémie à méningocoque sont constitués et l'évolution est rapidement défavorable.

2/ Erreur de diagnostic symptomatique en psychiatrie

Une jeune femme de 34 ans, est adressée aux urgences pour anxiété majeure invalidante. Cette patiente avait été hospitalisée une première fois dans l'établissement 2 ans auparavant pour psychose puerpérale, après son second accouchement. Depuis 2 ans elle a effectué 4 séjours assez longs en clinique privée hors région.

Un vendredi, la patiente, conduite par ses parents, est examinée aux urgences de l'hôpital général. Après sa consultation, le médecin, qui évoque une iatrogénie médicamenteuse, pro-

pose une hospitalisation dans le service spécialisé de psychiatrie de l'hôpital général. La patiente accepte, mais ne peut être accueillie faute de lit disponible. Le traitement par plusieurs neuroleptiques et antidépresseurs est remplacé par un traitement plus léger (un antidépresseur et un anxiolytique)

Elle passe le week-end (week-end de Pâques de 4 jours) chez ses parents. Le mardi la patiente, accompagnée de ses parents, se rend de nouveau aux urgences de l'hôpital général et après avoir été examinée par un deuxième médecin, elle est hospi-

talisée à la demande d'un tiers (le médecin et le père) à l'hôpital spécialisé voisin.

Une décompensation mélancolique de troubles bipolaires est évoquée et le traitement associant plusieurs neuroleptiques et antidépresseurs est réinstauré.

Le lendemain de son arrivée, dans l'après midi, la patiente demande à bénéficier d'un temps de repos dans sa chambre. Elle sera retrouvée pendue avec un cordon de son pantalon à la poignée de son placard.



*Raccourci diagnostic
ou intuition clinique ?*

L'ignorance des antécédents et les lacunes du parcours de soins !

Les antécédents de cette patiente ne sont pas portés à la connaissance du praticien (senior) qui reçoit la patiente pour la première fois.

Cependant, malgré l'importance du traitement en cours (nature et nombre de molécules prescrites) les diagnostics étiologiques possibles ne sont pas évoqués et, qui plus est, l'interrogatoire n'est pas approfondi. L'anamnèse ne s'attache qu'aux

jours précédents l'épisode en cours. Aucun renseignement n'est pris au sujet des 18 mois d'hospitalisation dans un autre établissement.

Le diagnostic est rapide et intuitif et la symptomatologie est attribuée à un accident de « iatrogénie médicamenteuse »... Tous les traitements sont interrompus et remplacés par un traitement symptomatique plus léger.

Et sans se soucier des

propriété pharmacologiques des molécules (demi vie pharmacologique et clinique, levée d'inhibition à la réintroduction) tous les traitements sont réintroduits par un 2^{ème} médecin sans concertation ni coordination avec son collègue après une interruption de 4 jours.

L'analyse approfondie des causes identifiera la levée de l'inhibition comme cause immédiate du passage à l'acte.



3/ Hypothèse étiologique erronée en neurologie



Où l'on complexifie le raisonnement sans tenir compte des résultats des examens complémentaires



Un homme de 66 ans sous AVK est brutalement réveillé au milieu de la nuit par des céphalées violentes. Il se rend dans le service des urgences d'une clinique proche. Un scanner puis une IRM sont effectués et montrent une hypertrophie hypophysaire.

Le patient est pris en charge et un traitement symptomatique des céphalées est entrepris. Les céphalées s'amenuisent et le patient est autorisé à retourner à son domicile. Lorsqu'il se lève il est pris de nausées importantes et reste hospitalisé dans le service des urgences.

En fin de journée il est transféré dans l'unité neuro vasculaire (UNV) du centre hospitalier voisin.

Le neurologue qui examine le patient prend connaissance du dossier constitué à la clinique mais sans visualiser les clichés et sans faire totalement confiance à l'interprétation par le radiologue. Il évoque un hémangiome du sinus caverneux ou une dissection de l'artère carotide interne.

Au bout de 3 jours d'hospitalisation le patient est autorisé à regagner son domicile avec un traitement symptomatique antalgique en raison de la rétrocession de la symptomatologie céphalalgique et une IRM de contrôle est prescrite en ambulatoire (rendez vous fixé 10 jours plus tard).

Deux jours plus tard, le patient présente à nouveau des céphalées très

invalidantes et son médecin traitant le réadresse au service des urgences de la clinique. Le traitement par AINS qui avait été prescrit à l'UNV est interrompu. Devant le tableau clinique qui s'aggrave avec apparition d'une paralysie du nerf oculomoteur commun (III) droit, un scanner avec injection est réalisé. Il permet d'établir le diagnostic d'apoplexie hypophysaire.

Le patient est transféré le lendemain dans une clinique de neurochirurgie. Il bénéficie de l'excision de la lésion de la loge hypophysaire par abord transphénoïdal le lendemain de son hospitalisation. Les suites opératoires sont simples et sans complications à 6 mois.

Le diagnostic était pourtant fait !...

Le diagnostic étiologique est établi dès le début de la prise en charge. Le compte rendu de l'IRM est concis et n'alerte pas particulièrement sur l'adénome hypophysaire de grande taille (20 mm) chez ce patient sous anticoagulants. Par contre, il ne mentionne pas l'exophtalmie.

Ce compte rendu est transmis avec le CD contenant toutes les planches et deux planches imprimées. Le neurologue qui en prend

connaissance reconnaît qu'il ne fait pas toujours confiance aux interprétations des radiologues.

Le logiciel de lecture du CD (PACS) est différent de celui de la clinique dans l'UNV et requiert des manipulations informatiques que le neurologue ignore

Au final, il ne prend pas connaissance de l'ensemble des clichés et ne retient pas le diagnostic étiologique radiologique.

Les autres hypothèses diagnostiques sont cohérentes avec le tableau clinique et le traitement est symptomatique.

Ce n'est qu'au stade des complications que l'étiologie est reconnue et qu'un traitement adapté, en urgence peut avoir lieu.

Il n'est pas inutile de noter que la charge de travail était très élevée pour le neurologue au moment de la prise en charge....