

LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE À L'ÉPREUVE DE L'INCERTITUDE, DU TEMPS CONTRAINT ET DU RISQUE SYSTÉMIQUE

Dr Dominique TILLANT, Anesthésiste-Réanimateur et Urgentiste - Ancien médecin du RAID - Directeur Médical Filassistance

Je voudrais tout d'abord remercier les organisateurs et tout particulièrement les Pr. Sophie GROMB et Dr. Éric TORDJMAN pour avoir fait en sorte que cette journée existe et pour m'y avoir convié.

Les différentes interventions précédentes nous ont parlé de qualification juridique de la faute, de biais cognitifs, de causalité ou d'imputabilité.

Il se trouve que mon parcours professionnel m'a amené à évoluer dans des contextes à fortes contraintes et je peux donc parler du moment où la décision se prend et plus précisément de la responsabilité médicale à l'épreuve de l'incertitude, du temps contraint et du risque systémique.

On l'a vu, l'erreur médicale n'est pas toujours une faute et c'est parfois la trace d'une décision prise sous contrainte.

Mon fil rouge sera de dire qu'il est difficile de juger d'une décision sans prendre en compte le contexte cognitif et organisationnel dans lequel elle a été prise

Si l'on prend l'angle de l'erreur vs la faute, l'écart à la norme attendue que constitue l'erreur et le manquement à une obligation de moyens ou de prudence, la faute, sont souvent confondus.

En situation réelle, James REASON et son *Swiss cheese Model* ou Sidney DEKKER ("*Just Culture*") ont bien montré que l'erreur était souvent la conséquence d'un système sous tension

En fait, la majorité des erreurs graves ne sont pas commises par des médecins incompetents, mais par des médecins compétents dans un système imparfait.

C'est pourquoi, avoir en permanence à l'esprit qu'une erreur est plus souvent la conséquence d'un système sous contrainte qu'une défaillance morale est absolument essentiel.

Si l'on aborde maintenant l'angle de la reconstruction judiciaire d'un passé qui pourrait apparaître presque linéaire après coup, alors convient-il d'être conscient que la décision s'est assez souvent prise dans l'incertitude

Que ce soit dans mon métier actuel, l'assistance médicale internationale, pour décider de rapatrier ou non un patient instable, refuser une garantie sur une exclusion médicale ou choisir un transport en avion de ligne plutôt qu'une évacuation sanitaire par avion privé, ou que ce soit en médecine tactique, mon ancien métier, les décisions se prennent souvent avec des informations qui ne sont que partiellement disponibles.

Pourtant l'analyse, elle, se fera a posteriori avec presque 100 % des données connues. C'est le biais de rétrospection, illustré par KAHNEMAN.

Aussi, je pense qu'il est certainement souhaitable que la question juridique soit : « *était-ce une décision raisonnable au regard des informations disponibles à cet instant précis ?* » plutôt que de savoir uniquement si c'était « *la bonne décision* »

Juger du bien-fondé d'une décision sans reconstituer parfaitement son contexte cognitif peut entraîner vers une illusion de maîtrise rétrospective. On pourrait même être plus audacieux et aller jusqu'à se demander s'il peut parfois exister des « *erreurs nécessaires* ».

En effet, en contexte d'incertitude, ne pas décider est parfois plus dangereux que décider imparfaitement et cela peut ouvrir un débat passionnant sur, par exemple, « obligation d'agir, principe de précaution et responsabilité en cas d'inaction ».

Troisième et dernier angle, celui de la responsabilité individuelle vs la responsabilité organisationnelle.

Dans les environnements complexes, ceux que je connais bien comme la médecine tactique au sein d'un groupe d'intervention, le SAMU, l'assistance internationale ou ce que l'on appelle, dans les blocs opératoires, le plateau technique lourd, la performance est toujours systémique.

Surcharge cognitive, pression temporelle, pression hiérarchique implicite ou dimension médico-assurantielle sont des facteurs majeurs qu'il faut prendre en compte.

Aussi, si l'on veut réduire les erreurs médicales, il est clair que la réponse ne doit pas être seulement punitive. Elle doit même être avant tout organisationnelle, culturelle et cognitive.

En définitive, la vraie question n'est pas d'identifier « *qui a fauté ?* » mais plutôt de savoir « *comment le système a rendu cette erreur possible ?* »

En conclusion :

- ◆ Nous exigeons des médecins une performance quasi parfaite alors qu'ils évoluent dans des environnements profondément imparfaits.
- ◆ Nous jugeons leurs décisions avec la clarté du lendemain alors qu'ils ont agi dans le brouillard du moment.
- ◆ Et nous parlons d'erreurs comme si elles étaient toujours évitables.

Or, les sciences cognitives montrent qu'une part d'erreur est inhérente au fonctionnement humain et que le risque zéro est donc une fiction. Si nous continuons à traiter chaque erreur comme une faute potentielle, nous fabriquons deux effets pervers :

1. Une médecine défensive
2. Une dissimulation des incidents

En conséquence, la vraie question à se poser n'est pas "*comment éliminer toute erreur ?*" mais plutôt "*quel niveau de risque une société est-elle prête à accepter pour continuer à bénéficier d'une médecine d'urgence réactive et engagée ?*"

Sinon, nous transformons le médecin en gestionnaire de sa propre exposition juridique, plutôt qu'en acteur du soin.

Pour finir, et à la demande insistante du docteur Éric TORDMANN, je vous livre une histoire vécue :

Je me souviens de mon premier jour d'internat de spécialité, en anesthésie-réanimation, à l'Assistance Publique. Mon chef de service a reçu ses 4 internes un vendredi à 7 heures du matin pour nous décrire ce qui nous attendait au cours du prochain semestre et qui ressemblait plus à « Voyage au bout de l'enfer » qu'à « l'Île de la tentation ». Sans un sourire, il nous a dit « à lundi, 08h00, dans le bocal ! »

Le « bocal », c'était la réanimation polyvalente, 4 unités de 6 lits chacune, aux alarmes et sirènes incessantes et dans lesquelles nous faisons quotidiennement 08h00-20h00, habillés comme des astronautes. Les gardes étaient très nombreuses et lorsque c'était le week-end, nous les faisons en entier, samedi et dimanche enchainés, avec un retour à domicile, « *capot ouvert* », le lundi après-midi seulement, après avoir fait la visite et les prescriptions auprès de chaque patient.

Depuis, les choses ont bien évolué, notamment sur injonctions de directives européennes, même si le risque fatigue est encore insuffisamment pris en compte à mon sens. Culturellement, sociologiquement, un interne des années 2020 n'a plus rien à voir avec un interne des années 80 !

Je suis heureux d'avoir pu constater au fil du temps le déploiement croissant, dans les différentes activités que je pratique ou que j'ai pratiquées, des check-lists, des aides cognitives, du *debriefing* systématique, pour ne citer que ces outils et surtout au développement d'une vraie culture de sécurité. Il est certain qu'une journée comme celle-ci y contribue grandement !

C'est pourquoi j'espère que, de plus en plus souvent, de véritables experts en facteurs humains seront inscrits sur les listes des experts judiciaires et parfois missionnés *es qualité* et non pas seulement choisis comme sapiteur optionnel, lorsqu'un expert technique désigné penserait, par chance, à l'inviter à se joindre à la réflexion.

Session Questions / Réponses

En tant que directeur médical d'une société d'assistance, où situez-vous votre responsabilité ?

D'autre part, n'est-ce pas trop facile d'invoquer le facteur humain pour diluer la responsabilité individuelle ?

- *Ma responsabilité n'est pas seulement clinique ou de prendre des décisions justes. Elle est organisationnelle et de créer un environnement où les décisions peuvent être prises avec le maximum de sécurité cognitive possible.*

La mise en place d'aides cognitives (protocoles, double validation, traçabilité décisionnelle), le fait de structurer la décision en contexte d'incertitude (documentation des informations disponibles à l'instant t, justification écrite du raisonnement), la mise en place d'une culture de debriefing (analyse systémique des incidents, non-punitif quand il s'agit d'erreurs involontaires), tout ceci y participe.

La meilleure protection juridique n'est pas la sanction. C'est la qualité organisationnelle.

- *Le facteur humain n'est pas une excuse, c'est une donnée scientifique. L'ignorer reviendrait à juger une décision médicale en faisant abstraction du fonctionnement cognitif normal du cerveau humain. La responsabilité demeure mais elle doit être contextualisée.*

Si l'on accepte l'erreur comme inévitable, ne banalise-t-on pas la faute ? D'autre part, comment protéger les patients si l'on atténue la responsabilité des médecins ?

- *Accepter l'erreur comme phénomène humain ne signifie pas accepter la négligence. La distinction est essentielle ! Une erreur involontaire sous contrainte, c'est différent d'un manquement délibéré ou imprudent.*
- *Nous protégerons les patients en renforçant la responsabilité organisationnelle. Les systèmes sûrs protègent mieux que les sanctions individuelles isolées. L'aviation civile l'a démontré depuis plus de 30 ans.*

En assistance internationale, la dimension financière n'influence-t-elle pas les décisions médicales ?

- *La décision médicale doit rester indépendante. Mais elle s'inscrit dans un cadre contractuel. Mon rôle de directeur médical est précisément d'éviter que la logique financière n'interfère avec la sécurité médicale.*

Existe-t-il des erreurs inacceptables ?

- *Oui ! Les erreurs liées à l'incompétence persistante, au refus de formation ou à la violation consciente des règles. Mais la majorité des erreurs graves surviennent chez des professionnels engagés, compétents, mais sous contrainte !*