

Peer review of medical practices: missed opportunities to learn

N Kadar, AJOG 2014. 211(6) : 596-601

RÉSUMÉ

Un examen des pratiques médicales correctement menée par les pairs offre aux professionnels la plus grande opportunité d'apprendre de leurs erreurs et d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Mais dans la pratique, cette évaluation par les pairs n'a pas été un outil d'apprentissage efficace parce que les médecins ne sont pas informés des processus cognitifs à la base des erreurs médicales et des jugements de causalité.

Les médecins examinant les mêmes cas sont en désaccord sur la ou les causes des événements indésirables, la qualité et la pertinence des soins. L'expérience, le recours à des critères objectifs de jugement ou la possibilité de discussion entre examinateurs n'améliorent pas ce résultat. La raison profonde est une vision trop simpliste des causes des erreurs médicales dans les organisations complexes à haut risque, ainsi que le souci d'attribuer des erreurs médicales à des individus particuliers. Cette approche conduit à des jugements et non à la compréhension, et crée une culture de blâme qui freine l'apprentissage et sape le potentiel d'amélioration. Pour que l'examen par les pairs ait un impact sur la qualité des soins et la sécurité des patients, il doit être standardisé afin d'éliminer les biais cognitifs et la subjectivité du processus.

POINTS FORTS

Confirmant que l'on apprend de ses erreurs, l'article débute en citant l'exemple du chirurgien viscéral anglais mondialement connu, John Golligher, qui accueillait les visiteurs de son unité de chirurgie colo-rectale à Leeds, en déclarant : «*Vous n'êtes pas venu ici, de si loin pour entendre parler de mes succès; laissez-moi plutôt vous raconter mes échecs, car c'est d'eux que vous apprendrez*». Dans cette optique, la revue de pairs est a priori un outil essentiel. Le problème est que les résultats sont pour l'instant décevants.

L'auteur cite l'exemple de deux hôpitaux qui ont fait appel aux services de deux experts gynécologues-obstétriciens agréés pour examiner les 26 mêmes cas du même médecin qui exerçait dans chaque hôpital. Chaque expert ne connaissait pas les conclusions de l'autre. Au total, seuls 4 des 17 cas jugés non conformes par au moins un des examinateurs l'ont été par les deux et, les experts ont critiqué 3 des 4 cas pour des raisons différentes. Cet exemple est un de ceux qui soulignent le manque d'objectivité et la non-reproductibilité du jugement a posteriori.

L'auteur rappelle également que la loi fédérale sur l'amélioration de la qualité des soins de santé, qui protège les médecins engagés dans des revues de pairs, a été initiée à la suite de la mise en cause injustifiée d'un médecin par ce procédé. Cette utilisation abusive potentielle a un effet dissuasif faisant que la revue de pairs n'est pas toujours effectuée au moment opportun, retardant ou faisant même alors perdre d'importantes possibilités d'amélioration.

Il cite en exemple le cas d'un gynécologue sanctionné par une revue de pairs après un problème de surcharge hydrique à la suite d'une résection de fibrome par hystéroscopie. Six mois avant, un autre gynécologue avait interrompu un geste hystéroscopique, estimant que le personnel infirmier n'avait pas les moyens de surveiller l'équilibre hydrique. Cet événement n'avait pas alors déclenché de "revue de pairs".

La différence fondamentale entre une cause nécessaire et une cause suffisante est ensuite rappelée.

Une cause nécessaire n'implique pas que l'événement indésirable va se produire mais par contre, elle est indispensable pour qu'il se produise. Une cause suffisante provoque l'événement mais n'est pas indispensable pour qu'il se produise. Peu de résultats, s'il en est, en médecine, ont une seule cause suffisante et nécessaire. **La plupart des incidents ont de nombreuses causes nécessaires mais insuffisantes.**

Les examinateurs choisissent généralement entre des conditions tout aussi nécessaires celle qu'ils considèrent comme LA cause de l'événement, ce qui revient à négliger des causes qui sont en réalité conjointement dépendantes.

Cette sélection comme cause de l'événement dépend du contexte et, est influencée par des éléments subjectifs et des biais cognitifs, en particulier l'importance des convictions de causalité dans le jugement. Ceci explique la non reproductibilité des opinions des experts.

Pour déterminer si une condition est nécessaire à la survenue d'un événement, on a recours à la **pensée contrefactuelle**, qui est une forme de simulation mentale. On crée une représentation mentale des faits (c'est-à-dire ce qui s'est réellement passé) en les modifiant ou, en annulant certains et en imaginant en quoi ce changement affecterait le résultat. Ce processus mental est automatique et spontané, mais il n'est pas aléatoire. La plupart des gens ont tendance à modifier les actions plutôt que les inactions; à tenir compte des événements contrôlables (par exemple, la voie chirurgicale) plutôt que des événements incontrôlables (par exemple la pathologie); à privilégier les événements inhabituels, anormaux ou socialement inacceptables et enfin, les derniers événements de la séquence.

Ainsi, la pensée contrefactuelle et les jugements sur la causalité, comme la plupart des décisions que les gens prennent, sont faits de manière automatique, sans effort et sont biaisés par la connaissance et la compréhension antérieures du sujet, le contexte et autres heuristiques. Les gens acceptent généralement la (les) première (s) cause (s) qui leur vient à l'esprit et ne continuent pas à rechercher d'autres causes. Ce qui vient en premier à l'esprit fausse ensuite la manière dont le lien de causalité est examiné. C'est le **biais de confirmation**. Des preuves compatibles avec ce jugement initial seront recherchées, on leur donnera plus de poids et on se souviendra mieux d'elles, alors que les preuves d'incohérence seront ignorées ou examinées de manière hypercritique dans le but de les invalider. Les gens ont ainsi tendance à attribuer les actions des autres à leurs caractéristiques personnelles plutôt qu'à des facteurs situationnels, mais à attribuer leurs propres décisions à des facteurs externes plutôt qu'à leurs propres expériences personnelles. Cela conduit les médecins à blâmer leurs collègues en attribuant des résultats défavorables à leur manque de compétence ou à un manque de jugement plutôt qu'à la pathologie traitée, aux risques inhérents au traitement ou à d'autres facteurs techniques. Cela crée sans garantie une trop grande confiance dans les attributions causales et peut expliquer pourquoi la discussion entre examinateurs en désaccord ne produit pas un plus grand accord.

La recherche des causes d'une erreur médicale peut se faire schématiquement selon deux types d'approches .

Une approche individualiste ou "la recherche de la pomme gâtée"

Le rapport de l'Institut de Medicine, «L'erreur est l'Homme » a attiré l'attention sur la nécessité d'analyser des systèmes plutôt que l'approche exclusive d'une personne donnée, en matière de sécurité des patients. Mais les institutions médicales et juridiques se sont montrées réticentes devant le risque à leurs yeux, de diminuer la responsabilité individuelle. Cependant, tenir les gens responsables et les sanctionner ne sont pas des moyens efficaces pour améliorer la sécurité des soins. La faille conceptuelle de cette approche individualiste est qu'elle simplifie excessivement l'étiologie des erreurs médicales et ignore les circonstances dans lesquelles elles se sont produites. Le but de cette approche est d'identifier ce qui aurait pu et dû être fait, et non de reconstruire le monde tel qu'il apparaissait à la personne qui a commis l'erreur, pour comprendre pourquoi les décisions et les actions lui semblaient alors raisonnables.

Une approche systémique

Elle est axée sur la prévention, la recherche de ce qui aurait pu empêcher l'erreur qui s'est produite. L'élimination de tout facteur nécessaire empêchera un résultat défavorable et, par conséquent, les mesures préventives se concentrent sur les facteurs les plus faciles à modifier ou à supprimer. Celles-ci peuvent être personnelles, comme dans le cas d'un médecin avec des facultés affaiblies mais, dans la plupart des cas, elles sont latentes dans l'organisation et le déroulement des soins.

L'approche systémique a été adoptée à partir des travaux d'experts en sécurité dans d'autres industries à haut risque telles que l'aviation. Cependant, l'environnement médical est différent avec une incertitude plus grande dans la prise de décision. L'organisation de l'activité est également différente. Les médecins n'ont pas forcément autorité sur les infirmières et sur les autres médecins (radiologues, anesthésiologistes, et consultants) dont ils dépendent, ainsi que vis-à-vis de leurs patients. Le chirurgien dans la salle d'opération, n'est pas comme le pilote dans un cockpit et n'a pas le même contrôle sur son environnement.

L'évaluation par les pairs nécessite une formation que les médecins ne reçoivent pas.

Devant une situation donnée, ils ont appris à rechercher une cause dans une liste précise des causes potentielles. Or, dans la plupart des incidents, les informations à disposition sont insuffisantes pour déterminer de manière fiable pourquoi une issue défavorable s'est produite.

CONCLUSIONS

Sans aucun doute, il existe de mauvais médecins dont le public a besoin d'être protégé. Cependant, ils sont rares. **La plupart des erreurs médicales sont causées par des médecins compétents et consciencieux**, capables de gérer la même situation ou d'exécuter en toute sécurité la tâche qui a abouti à l'incident. **Le problème ne se résume pas à empêcher les mauvais médecins de nuire à leurs patients mais plutôt à savoir comment empêcher les bons médecins de le faire.**

Pour atteindre cet objectif, les leçons de la révolution cognitive des 30 dernières années, qui ont permis de mieux comprendre la manière dont les êtres humains traitent les informations et prennent les décisions doivent être enseignées aux médecins et appliquées aux revues de pairs. L'évaluation par les pairs est exposée à tous les biais cognitifs qui entravent la prise de décision médicale, aggravés par **les biais rétrospectifs et la pensée contrefactuelle**.

Ceci explique que les pairs, dans leur examen rétrospectif, aient tendance à se forger une opinion plus rapidement qu'au cours de la séquence réelle de l'histoire clinique, et hésitent ensuite à en changer. Le biais rétrospectif obscurcit également leur jugement sur les processus qui ont conduit à l'incident.

Une approche normalisée de l'évaluation par les pairs qui vise à éliminer ces biais cognitifs et la subjectivité est nécessaire si l'on veut avoir un véritable impact sur la qualité et la sécurité des soins.