

Pr ÉRIC VIBERT

Préface de CYNTHIA FLEURY

**DROIT
À L'ERREUR,
DEVOIR DE
TRANSPARENCE**

**UNE RÉVOLUTION MÉDICALE
NÉCESSAIRE**

L'Éditions de
Observatoire

Droit à l'erreur,
devoir de transparence

Professeur Éric Vibert
avec Benjamin Peylet

Droit à l'erreur, devoir de transparence

Une révolution médicale
nécessaire

Préface de Cynthia Fleury

L  Éditions de
bservatoire

ISBN : 979-10-329-0877-8
Dépôt légal : 2021, février
© Éditions de l'Observatoire/Humensis, 2021
170 *bis*, boulevard du Montparnasse, 75014 Paris

À l'inconscience...

Préface

Tous ceux qui ont été plus que malades, atteints du cancer notamment, le savent : la qualité de relation avec le médecin oncologue est déterminante. Du moment où « l'annonce » est faite à la traversée de l'épreuve, jusqu'à la rémission ou jusqu'à l'impossible rémission, ce qu'il nous dit, nous explique, la manière avec laquelle il prend soin de vérifier notre consentement, notre compréhension du mal et de ce qu'il est possible de faire, son engagement à partager avec nous la fonction soignante, tout cela compte autant que sa technicité, parce que nous ne sommes pas seulement « objets de soin », mais « sujets de soin ». Éric Vibert est de cet acabit-là. Passionné par la connaissance, toutes les nouvelles techniques chirurgicales, les testant souvent de manière pionnière, ayant mis en place une chaire au service du bloc opératoire augmenté, il est également passionné par l'humain, tout simplement : ses patients, avec lesquels il conquiert de nouveaux territoires pour la guérison en général. Il faut créer cette complicité et user de tout son talent pour trouver dans le patient l'autre grand acteur du traitement thérapeutique.

Mais la mise en place d'une fonction soignante en partage ne s'arrête nullement au binôme médecin-patient. C'est tout le dispositif du soin, tout le cycle pré-op/per-op/post-opératoire qu'il faut interroger, l'anthropologie du bloc opératoire qu'il faut aller sonder, la manière dont nous enseignons aux futurs médecins et chirurgiens, comment nous impliquons les internes de façon responsable, le plus en amont possible, comment nous partageons avec l'ensemble des soignants, infirmiers en tête, et ces autres soignants que sont les familles, les proches du malade. Premier acte de cette révolution culturelle du soin et de la prise en considération des humanités scientifiques : la compréhension de ce qu'est une erreur médicale. Éric Vibert ouvre ses pages sur l'une d'entre elles, la sienne, qu'il décrit au scalpel, et qui eut lieu en pleine opération d'un foie. Il lui fallait poser un « lac », une pièce de tissu stérile.

Là, tout s'enchaîne, l'opération bénigne se meut en pluri-opérations et plus d'une dizaine de jours d'hospitalisation. « Le lac est un grand œil tranquille. Le lac prend toute la lumière et en fait un monde, écrit Bachelard, grand théoricien de l'épistémologie des sciences et de la poétique matérielle. [...] Près du lac, on comprend la vieille théorie physiologique de la vision active. » L'apprentissage de la vision active, c'est aussi ce que va faire Vibert en se repassant, cent fois, la scène dans

la tête. Puis, ensuite, à l'aide d'une caméra. Que s'est-il donc passé ? Quelle a été l'erreur ? Comment comprendre cet enchaînement d'« événements indésirables » ?

La volonté de comprendre, il l'a, mais il se heurte à autre chose. Car les premiers à tenir à distance l'enseignement des erreurs, la transparence à ce sujet, sont les soignants eux-mêmes. Certes, il faut l'humilité, mais il faut aussi le courage d'affronter ses manquements, et l'intelligence de l'institution pour prendre en considération cet apprentissage, ne pas chercher les coupables, mais tout faire pour que cela ne se reproduise pas. « C'est à cette occasion, écrit Vibert, face à la détresse d'une patiente qui subissait une erreur médicale de mon fait, qu'il m'est apparu que notre rapport à l'erreur devait impérativement changer. Je le lui devais, à elle. Je le devais aussi à mon éminent collègue, qui avait visiblement incorporé dans sa pratique une erreur potentiellement dangereuse, sans même s'en rendre compte puisque, par chance, aucun de ses patients n'avaient eu à en subir les conséquences (du moins pas que je le sache, et pas que ce vieux sage le sache, surtout). Je le devais encore à l'équipe qui m'avait assisté dans cette opération, car on n'est jamais seuls dans ces cas-là [...]. Mon équipe avait assisté à toute la scène. Ils avaient entendu cette histoire de lac. Eux aussi auraient pu intervenir à ce moment. Bref, je le devais

à tout le monde. Tout le monde, dans le milieu de la chirurgie, gagnerait à connaître mon erreur. »

C'est sans doute ici que la frontière entre erreur et faute se fonde. Si l'erreur est humaine, la faute est inhumaine au sens où elle aurait pu ne pas advenir, et qu'elle résulte souvent d'un aveuglement vis-à-vis des enseignements de l'erreur. Quel est le statut épistémologique de l'erreur ? Comment participe-t-elle de toute recherche et de toute pratique ? Comment la dépasser ? Comment transmettre une culture qui sache les identifier de façon didactique et non morale ? Ce sont là des actes de maturité et de responsabilité pour la médecine, mais aussi des enseignements précieux pour comprendre le statut épistémologique de la science, de façon plus générale, comment elle travaille intrinsèquement avec les notions d'incertitude, de risques, d'erreurs, de *work in progress*. Il ne s'agit donc pas seulement, ici, de passer au crible l'anthropologie du bloc opératoire, il s'agit également d'en sortir, et de comprendre que les règles qui y prévalent existent dans la société et nous rendent tout aussi immatures face à ce qui nous échappe et résiste à nos manières de faire, pas encore assez aguerries. « On veut toujours que l'imagination soit la faculté de former des images, écrivait Bachelard pour décrire la formation de l'esprit scientifique. Or elle est plutôt la faculté de déformer les images fournies par la perception, elle est surtout la faculté

de nous libérer des images premières, de changer les images. S'il n'y a pas changement d'images, union inattendue des images, il n'y a pas imagination. » Et il est clair qu'au bloc, en plein cœur de l'urgence et de la lutte pour la vie, la fonction quasi automatique de l'intelligence, celle du geste qui ne se pense plus, doit sans cesse se conjuguer avec la fonction d'inhibition cognitive, qui vient stopper la vitesse comme pour mieux la redéployer. Cette gymnastique mentale est épuisante, harassante pour les équipes. Mieux vaut l'assumer à plusieurs pour éviter l'érosion et le découragement. « Il est plus difficile de désagréger un préjugé qu'un atome », attribue-t-on à Einstein.

Dans son ouvrage, Éric Vibert, PU-PH de son état, dresse également le portrait de grandes figures professorales et *mandarines*, nullement anodines. Car si la culture de la sécurité, en apprenant à décrypter et partager les erreurs médicales, est à ce point freinée, ces derniers ont leur part de responsabilité. Je vous laisse découvrir ces visages, masculins, qui rivalisent d'ego et de certitudes, tout en étant aussi de vrais experts, mais qui manquent parfois, souvent, cette dernière marche de la sagesse, qui consiste à comprendre la positivité de l'erreur et surtout la reconnaissance des compétences complémentaires des autres acteurs du soin et du bloc.

Je crois que nous avons là une parole puissante, d'une rare honnêteté intellectuelle certes, mais aussi

d'un engagement disciplinaire totalement pertinent. Épistémologie et éthique marchent ensemble, la seconde n'étant pas le supplément d'âme de la première, mais précisément une manière de penser le monde, de le modéliser et de mobiliser la part des acteurs en fonction. Il faut lire ces pages où Vibert parle de « l'effet tunnel » qui peut tous nous piéger, l'ampleur de nos biais cognitifs si intelligents et bien intentionnés soyons-nous, ou encore celles-ci où il narre son échange avec des mathématiciens pour saisir le pourquoi et le comment de ses erreurs conceptuelles, notamment au sujet de l'hémodynamique, parce qu'il s'est trop fié à son intuition, qui dans d'autres moments, continuera néanmoins à le guider avec succès.

D'autres grands territoires techniques se sont heureusement saisis du droit à l'erreur, de son partage, de la prise en considération continue de ses retours d'expérience. Le monde de l'hôpital et de la chirurgie notamment, bien évidemment. Mais ne croyons pas que le combat soit banalisé. Il n'est jamais simple d'accepter ses erreurs, de les décrypter avec autrui. Il faut s'y entraîner, avec fraternité et rigueur.

Cynthia Fleury

Professeur titulaire de la chaire Humanités et santé
au Conservatoire national des arts et métiers,
titulaire de la chaire de Philosophie à l'hôpital du GHU
Paris Psychiatrie et Neurosciences.

Le lac et le brocoli

Un foie, c'est comme un brocoli : de grosses branches principales qui se subdivisent et se subdivisent encore pour obtenir une organisation fractale, compacte et finalement trompeuse, puisqu'on le croirait à première vue fait d'un seul bloc homogène. Or, il n'en est rien, et c'est ce qui peut le rendre compliqué à opérer, car il faut préserver à tout prix cette organisation. Si on cherche à en enlever une certaine partie, qui dépend d'une certaine branche, il faut toujours éviter d'endommager la branche d'à côté. Ce serait inutile et dommageable. Posez votre brocoli sur une planche à découper. Sur celui-ci : une fleurette jaunie et disgracieuse en surface, que vous ne souhaitez pas servir à vos convives. Comment vous y prendre ? Certainement pas en tranchant dans le vif, de haut en bas avec un hachoir. Vous le saisirez plutôt délicatement entre vos doigts afin de repérer la branche qui soutient cet endroit du feuillage bien peu appétissant, et vous la couperez, elle et elle seule, avec un petit

couteau d'office. Pas de raison d'en enlever plus, le reste est succulent. Le foie, c'est comme un brocoli.

Il y a des raisons anatomiques à cela, bien sûr. Chaque pédicule (les branches principales) contient une artère et une veine porte qui assurent l'irrigation sanguine de l'organe et un canal biliaire qui en extrait la bile. La bile, produite dans le foie, circule des branches vers le pied pour s'évacuer dans le tube digestif. Le sang, poussé par le cœur dans les vaisseaux, monte du pied vers les branches par la veine porte et l'artère hépatique. Ainsi, le foie bénéficie d'une double vascularisation : du sang artériel, qui passe dans l'artère hépatique, et du sang veineux, qui passe dans la veine porte. Le sang veineux provient du tube digestif et contient tous les nutriments de la digestion. Si on opère proprement, voilà tout ce qu'il faudra occlure (« refermer », en langage chirurgical) : une branche avec ses trois canaux. En revanche, si on taille sans prendre garde, sans avoir correctement identifié la branche à sectionner, on coupera inutilement ces précieux conduits.

En 2015, j'ai dû opérer un jour une jeune femme pour un adénome hépatique, une tumeur du foie au potentiel dégénératif plutôt faible. Ce n'est pas un problème très grave et, à vrai dire, la question de l'opportunité d'une opération se posait. La patiente était en bonne santé, l'adénome avait été détecté complètement par hasard et l'analyse de l'imagerie

avait conclu à une tumeur bénigne. Le principal risque dans ce genre de cas est la complication hémorragique : l'adénome se met à saigner et voilà qu'il faut opérer en urgence, parfois dans de mauvaises conditions, en particulier quand la patiente est enceinte. Il y a une raison à cela : l'adénome se nourrit des œstrogènes, des hormones produites en quantité par les ovaires. La grossesse s'accompagnant de modifications hormonales importantes, ce sont surtout les risques de rupture lors d'une grossesse qui inquiètent les médecins, au point que, pendant des années, on a systématiquement opéré les adénomes repérés chez les femmes susceptibles d'être enceintes un jour ou l'autre, par crainte que la rupture ne se produise à ce moment-là, avec des risques accrus à la fois pour la mère et pour le fœtus. Aujourd'hui, cette attitude systématique est remise en question.

Comme cette jeune femme en pleine possession de ses moyens avait la vie devant elle et probablement le désir de concevoir et de contrôler d'ici là sa fertilité, il paraissait sensé de la débarrasser de cette épée de Damoclès (même si, à ce stade, il s'agissait davantage d'un canif que d'un glaive grec). L'adénome était bien caché à l'intérieur du brocoli. Il mesurait plus de cinq centimètres, mais je pouvais tout de même l'extirper sans avoir à tout ouvrir. Autrement dit, je pouvais opérer par cœlioscopie, ce qui consiste à pratiquer la plus petite ouverture

possible dans l'abdomen pour enlever l'adénome. La chirurgie du foie sous cœlioscopie implique de gonfler le ventre avec du gaz carbonique pour créer de l'espace, puis d'introduire une petite caméra, dont je surveillerais le flux vidéo sur un écran, et les quelques micro-outils qui me permettraient d'agir. L'avantage de ce mode opératoire est qu'il réduit beaucoup la durée de convalescence ; on s'en remet bien plus vite. De plus, il évite les grosses cicatrices.

C'était donc une opération prophylactique, même si elle restait mini-invasive. Je ne prévoyais pas de complications durant l'opération. Je suis allé voir ma patiente la veille comme je le fais toujours, afin de lui expliquer de mon mieux ce que j'allais faire. Ce n'est pas toujours facile de parler technique aux patients, mais je crois que c'est important. J'ai même développé pour ça une application pour tablette et mobile, qui leur permet de visualiser tout le procédé, de comprendre exactement ce que je compte faire, et comment je procéderai pour y arriver. Dans le cas de cette jeune femme, j'ai justifié ma décision d'intervenir par le risque hémorragique, faible mais pas négligeable (de 5 à 10 % de chance), que j'avais calculé à partir de la taille et de la position de la tumeur. Elle comprit très bien, et pour cause : c'était une infirmière de l'hôpital, dans le service de soins palliatifs. Elle connaissait bien les risques

et les enjeux, je n'avais aucune raison de ne pas me montrer d'une transparence parfaite.

L'opération s'est passée à merveille. Avec un œil sur l'écran de la caméra de la cœlioscopie et l'autre sur celui d'un échographe qui me permettait de me repérer dans ce voyage hépatique, j'avais localisé le pédicule qui m'intéressait, celui du segment 8. Restait à couper et occlure tout ça, ce qui n'est pas forcément le plus facile : il faut bien s'imaginer que dans le cas d'une cœlioscopie le chirurgien agit par l'intermédiaire d'un écran, ce qui lui fait perdre toute la sensation des trois dimensions, et que sa mobilité est réduite, les outils n'ayant qu'un très faible degré de liberté. Dans ces conditions, recoudre un tissu « à la main » serait une gageure. C'est bien pour ça qu'on utilise des agrafeuses automatiques, qui pincent, agrafent et coupent, tout en même temps. Mais avant de placer la pince, on doit poser ce qu'on appelle un lac, une pièce de tissu dont le rôle est de serrer le pédicule comme le ferait un lasso, de réduire son diamètre afin de faciliter le travail de l'outil suivant.

Je pose le lac, je tire, je ferme la pince. Mais dans la pince, je coince le lac. Je pouvais rouvrir la pince et recommencer. Mais, un collègue plus âgé, une sommité du domaine, bienveillante et auréolée du statut de grand chirurgien reconnu, est passé par hasard dans ma salle d'opération à

ce moment-là et m'a dit : « Ce n'est pas grave, ça m'est déjà arrivé plusieurs fois. » J'analyse la situation. Seul un tout petit bout du tissu est coincé. C'est un tissu stérile. J'écoute le conseil et j'agrafe.

Il me fallait encore sortir ce beau morceau. Le foie est le plus gros organe du corps, cela peut rendre les choses compliquées quand on opère par coelioscopie. Je tenais ainsi dans ma pince une fleurette d'une dizaine de centimètres de large en haut des feuilles, qu'il ne s'agissait pas de laisser traîner partout dans le corps puisqu'elle était porteuse d'une tumeur, a priori bénigne, mais quand même. Je la plaçai donc dans un sac avant de la déplacer, et je sortis le sac sans encombre. Par excès de prudence, motivé en partie par la profession de ma patiente qui aurait pu me poser des questions à ce sujet, je posai ensuite un drain dans la zone, un tube de silicone, souple, indolore, qui servirait de témoin pour la suite puisqu'il allait recueillir d'éventuels écoulements.

Le soir venu, je suis allé la voir dans sa chambre. J'ai prononcé cette phrase – je m'entends encore : « J'ai fait exactement ce que je voulais faire. » J'ai ajouté que cela ressemblait vraiment à une tumeur bénigne, ce que l'analyse histologique pourrait confirmer, et qu'elle sortirait probablement deux jours plus tard. J'évoquai aussi le drain. Tout allait bien. Elle paraissait se remettre sans

Table

Préface	9
Le lac et le brocoli.....	15
Chapitre 1. Les barrières structurelles :	
adrénaline et mandarinat	33
<i>Apprendre sans pratiquer</i>	37
<i>Ni dieu ni maître : pour la révolution</i> <i>en chirurgie</i>	43
<i>Il faut « être » pour faire</i>	54
Chapitre 2. De l'erreur et de sa nécessité ...	59
<i>L'erreur médicale : combien de divisions ?...</i>	66
<i>Rendre des comptes</i>	74
<i>Modèle de Reason</i>	80
<i>Enchaînement diabolique</i>	84
<i>Effet tunnel</i>	94
<i>Les biais cognitifs</i>	98
Chapitre 3. Que faire ?	
Les changements systémiques.....	103
<i>Bienveillance et culpabilité</i>	104
<i>L'erreur systémique</i>	108

<i>De l'équipage à l'équipe</i>	111
<i>La case « recherche »</i>	120
<i>Les missions impossibles</i>	128
<i>Le dogmatisme académique :</i>	
<i>une étude de cas</i>	131
<i>Chirurgie et transparence</i>	141
Chapitre 4. La réalité est un point de vue ...	143
<i>La chirurgie, simple ou complexe ?</i>	
<i>C'est compliqué</i>	143
<i>Hémodynamique et erreur conceptuelle</i>	151
<i>Modèles numériques</i>	159
<i>L'avis des intéressés</i>	160
Chapitre 5. Penser puis faire	165
<i>Le Blok-Viz</i>	169
<i>Le Blok-Bot</i>	171
<i>Le Blok-Touch</i>	173
<i>Les jumeaux numériques</i>	177
<i>La communication</i>	178
Chapitre 6. La crise de la Covid	181
<i>CoviTrans</i>	183
<i>Opérer des malades, opérer des maladies</i>	186
<i>Risque individuel, risque collectif</i>	191
<i>Et après ?</i>	193
Pour finir	199
Remerciements	203