

Paper of the Month #14 - Fondation pour la Sécurité des Patients Suisse

Schiff GD, Hasan O, Seijeoung K et al.:  
Diagnostic error in medicine. Analysis of 583 Physician-Reported Errors  
Archives of Internal Medicine 2009; 169: 1881-1887

*Thème: Erreurs de diagnostic rapportées par les médecins*

Toute mesure thérapeutique est précédée d'un processus diagnostic destiné à déterminer le traitement que devra suivre le patient. Or les erreurs de diagnostic peuvent avoir des conséquences graves conduisant, dans le pire des cas, à l'absence de thérapie ou à une prescription non adaptée. Ces erreurs n'ont jusqu'ici guère été analysées dans le contexte de la sécurité des patients par rapport à d'autres domaines (p. ex. les erreurs de médication). Cela s'explique notamment par le fait que le processus de diagnostic comporte une part d'incertitude et connaît des limites (variance dans la présentation des maladies, conclusions pouvant être tirées des examens cliniques, etc.). L'étude de Schiff et al. porte sur les erreurs ayant entraîné un diagnostic erroné, incomplet ou retardé. Celles-ci ont été rapportées par des médecins de plusieurs hôpitaux des Etats-Unis, qui ont été invités à décrire trois erreurs diagnostiques qu'ils avaient observées ou commises et qui avaient eu des incidences cliniques importantes. Dans le formulaire qui leur était soumis, ils devaient donner pour chaque erreur des indications telles que les causes, les conséquences et la fréquence. Les questionnaires ont été évalués par deux cliniciens. Après avoir éliminé les cas pour lesquels il ne s'agissait manifestement pas d'erreurs diagnostiques, ils ont répertorié les 583 cas restants selon une classification spécifique pour ce type d'erreurs (DEER), fondée sur une procédure en deux étapes. Les cas retenus ont été rapportés par 283 médecins issus de 22 institutions. Les conséquences se sont révélées graves (décès, lésion durable, menace vitale) dans 28% des cas. Par ailleurs, 8% des erreurs ont été qualifiées par les médecins de «fréquentes» (plusieurs cas en un mois), 35% d'«occasionnelles» (quelques cas en une année), 26% de «rares» (un cas sur plusieurs années) et 27% d'«isolées» (pas plus d'un ou de deux cas observés). Les cas de non-diagnostic concernaient le plus fréquemment les embolies pulmonaires (4,5%) ainsi que des réactions à des médicaments ou des surdosages (4,5%). Sur la totalité des erreurs, 20% touchaient des cancers. Les auteurs ont également relevé le moment où les erreurs ont été commises: pour 44%, elles l'ont été avant tout au cours des procédures diagnostiques (laboratoire, examens radiologiques) et pour 32%, lors de l'évaluation clinique du patient. Dans le premier cas, elles ont le plus souvent consisté à ne pas ordonner ou à reporter l'exécution d'examen diagnostiques ou à faire une interprétation erronée des résultats. Dans le second, les erreurs les plus fréquentes étaient dues au fait que les médecins n'avaient pas établi de diagnostic ou que la pose de ce dernier avait été retardée (génération d'hypothèses) ainsi qu'à la surestimation d'un diagnostic concurrent ou concomitant. Schiff et al. font également état de plusieurs erreurs commises au cours de diverses étapes du processus pour un même cas. L'étude se réfère uniquement aux erreurs rapportées par les médecins ayant participé à l'étude, pour lesquelles aucune information supplémentaire n'a été demandée et qui n'ont pas été validées. Elle se limite donc à décrire les erreurs dont ils se souvenaient, qu'ils étaient disposés à communiquer et pour lesquelles ils pouvaient donner les renseignements nécessaires. Il ne s'en dégage pas moins clairement que les erreurs de diagnostic cognitives – liées au système – commises à divers stades du processus peuvent être modélisées ou catégorisées. Sachant qu'elles constituent un risque considérable pour la sécurité des patients, les expériences rapportées par les médecins représentent une source d'informations non négligeable. Il conviendrait par conséquent de les exploiter davantage pour tirer des enseignements de ces incidents.

PD Dr D. Schwappach, MPH, directeur scientifique de la Fondation pour la sécurité des patients  
Professeur à l'Institut de médecine sociale et préventive (ISPM), Université de Berne

Lien vers le résumé: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19901140>

Pour des raisons de droits d'auteur, nous ne pouvons malheureusement pas reproduire le texte dans son intégralité.

**Secrétariat et adresse pour toute correspondance:**

PD Dr David Schwappach, directeur scientifique, Asylstrasse 77, CH-8032 Zurich  
Tél. +41(0)43 243 76 21, fax +41 (0)43 243 76 71, [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch), [schwappach@patientensicherheit.ch](mailto:schwappach@patientensicherheit.ch)

**Siège de la fondation:** c/o Académie suisse des sciences médicales, Petersplatz 13, CH-4051 Bâle