

Réponse à B. Napoléon, R. Lefèvre, C. Chapuis et au Conseil d'Administration de la SFED

Comme il est rappelé dans l'article introductif à cette chronique d'analyse systémique des accidents médicaux en gastro-entérologie [1], une démarche de gestion des risques doit être fondée, à partir du modèle proposé par J. Reason, sur les deux principes suivants :

- l'impossibilité de supprimer l'erreur du fonctionnement humain et ce, quelle que soit la qualité de la formation des personnels ;
- la nécessité d'intégrer au système de soins des mécanismes de lutte contre l'erreur. Un système sûr n'est pas un système dans lequel aucune erreur n'est commise mais un système qui se protège (en amont des opérateurs) en luttant contre les défaillances latentes, facteurs d'erreurs et (en aval) en mettant en place des « défenses en profondeur » pour diminuer, voire annuler, les conséquences des erreurs.

Recommander de mettre à la fin d'une séance d'endoscopies digestives sous anesthésie générale, tout malade porteur connu du virus de l'hépatite C (VHC) fait partie de ces « défenses en profondeur » destinées à éviter qu'une erreur humaine (gastroentérologue, anesthésiste, autre intervenant) ou un dysfonctionnement lors de la procédure de désinfection des endoscopes digestifs, ne puisse conduire à une contamination par le VHC d'un malade programmé au cours de la même séance.

Le refus de cette mesure par la SFED signifie-t-il que, dans l'observation analysée, elle nie le rôle joué par l'ordre des passages (l'examen de la malade contaminée ayant été immédiatement précédé par celui d'une malade porteuse connue du VHC) ? Ou bien la SFED a-t-elle des preuves scientifiques que le risque de contamination au cours d'une séance d'endoscopie digestive sous anesthésie générale est identique que le malade porteur connu du VHC soit programmé en début de séance (par exemple, 14 heures), en milieu de séance (par exemple, 16 heures) ou le dernier de la séance (par exemple, 18 heures) ? En effet, on ne peut énoncer de recommandations ou d'absence de recommandations sans apporter la preuve de leur bien-fondé, en tenant compte de tous les cas connus de contamination par le VHC au cours de séances d'endoscopies digestives sous anesthésie générale y compris les dossiers médico-légaux. À titre d'information, le Sou Médical groupe MACSF peut faire état d'une autre condamnation d'une clinique dans des conditions identiques à l'observation publiée et il n'est pas exclu que la même séquence (malade porteur du VHC examiné, au cours de la séance d'endoscopie digestive sous anesthésie générale, avant le malade contaminé) ne soit retrouvée dans un certain nombre de contentieux en cours d'instruction. Enfin, il est inexact d'invoquer le principe de précaution car la mesure préconisée n'est pas destinée à prévenir un risque hypothétique mais malheureusement, un risque bien réel, la SFED ne contestant pas que : « (...) les gestes endoscopiques, notamment digestifs et les pratiques anesthésiques peuvent être responsables de contaminations virales C ».

Par ailleurs, dans l'article mis en cause, il n'était fait mention que de la conduite à adopter lorsqu'un malade porteur **connu** du VHC devait être programmé lors d'une séance d'endoscopie digestive sous anesthésie générale, aucune allusion n'était faite à un éventuel dépistage systématique du VHC avant toute endoscopie digestive - et encore moins du VHB ou du VIH. Mais puisque la SFED fait allusion aux modalités d'un tel dépistage, l'affirmation : « (...) aucune recommandation n'invite à réaliser un dépistage organisé du VHC avant une endoscopie, que ce soit par l'interrogatoire ou par sérologies systématiques (...) » ne peut se concevoir que, si actuellement le risque de contamination par le VHC au cours d'une séance d'endoscopies digestives sous

anesthésie générale n'existait plus ou dans l'éventualité où il persisterait, si aucune erreur humaine ne pouvait se produire au cours d'une séance d'endoscopie digestive sous anesthésie générale et les procédures de désinfection des endoscopes digestifs étaient à l'abri de tout dysfonctionnement. Il serait intéressant de connaître laquelle de ces conditions, la SFED fait sienne et d'évaluer si sa position est en accord avec les réalités du terrain.

Très loin de ces certitudes - car quoiqu'en dise la SFED, le risque zéro n'existe pas, y compris au cours d'une séance d'endoscopie digestive sous anesthésie générale, la mise en place d'une politique de gestion des risques au sein d'une institution consiste, dans un premier temps, à mettre en avant la sécurité dans la conduite de l'institution ... mais, comme le souligne l'ANAES, « (...) cela peut conduire à des arbitrages différents de ceux qu'aurait guidés un raisonnement purement économique et à choisir entre une sécurité accrue et la productivité de l'institution (...) » [2]. De nombreux questionnaires de risques ont, ainsi, le souvenir d'avoir déclenché - bien involontairement - de violentes polémiques en proposant des mesures en apparence anodines et relevant souvent du simple bon sens. Il est regrettable que certains médecins ne souhaitent pas s'engager dans une démarche de gestion des risques alors qu'un récent rapport demandé par les pouvoirs publics concluait : « (...) Il paraît important de développer dans notre pays, une politique de gestion des risques médicaux au sens d'une démarche de prévention des accidents évitables (...) » [3]. Si cette conclusion n'est pas mise en pratique, il est, en effet, facile d'imaginer les réactions à venir des malades victimes d'accidents médicaux lorsqu'ils seront informés que des mesures simples auraient pu les prévenir, notamment s'il s'agit d'infections nosocomiales dont font partie - faut-il le rappeler - les hépatites C transmises au cours de séances d'endoscopies digestives sous anesthésie générale. À ce sujet, la lecture de la presse grand public récente est édifiante [4].

Christian SICOT

RÉFÉRENCES

1. Sicot C. La gestion assurantielle des risques médicaux. *Gastroentérol Clin Biol* 2004;28:513-4.
2. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. ANAES janvier 2003, p 46.
3. Rapport d'Enquête sur l'Assurance de Responsabilité Civile Médicale. Mission IGF-IGAS, 2 février 2004.
4. Risques d'infections. Hôpitaux, la liste noire. *Le Point* 14 avril 2005.