

Apprendre à éviter les pièges de la coordination médicale dans le suivi de grossesse en ville

René Amalberti

Le contexte

La sécurité médicale s'impose depuis peu comme un sujet central des politiques de santé.

Les Etats-Unis ont joué un rôle moteur avec la publication du rapport *to err is human* en 1999, insistant sur :

- l'incroyable fréquence des événements indésirables évitables (presque 5% des patients toute gravité confondue),
- leur gravité (1 mort pour 1000 entrées à l'hôpital),
- leur coût rédhibitoire pour le système de santé,
- et, fait très nouveau, en recommandant une approche systémique et organisationnelle plutôt qu'une approche punitive centrée sur les professionnels de santé.

En France, la montée en puissance est patente sous l'impulsion de l'enquête ENEIS sur les événements indésirables, et de différentes mobilisations à l'échelon central et régional.

La sécurité médicale, question nouvelle ou formulation nouvelle ?

Beaucoup diront non : la médecine s'est toujours donnée pour priorité d'administrer les traitements les plus sûrs, les plus performants et les moins sujets aux effets secondaires. Cette démarche est historique et nécessaire, mais pour autant, la sécurité du patient ne porte pas sur ce versant classique de l'amélioration technique des protocoles médicaux. Elle porte sur les événements non anticipés par le patient et l'équipe soignante (qui ne font pas partie de la lecture des risques que l'on peut annoncer au patient). Ces défaillances renvoient à chaque acteur, et aux interfaces entre acteurs, qu'ils soient professionnels de santé ou clients du système. Ce sont précisément ces défaillances d'interfaces que l'on mettra au centre de cet exposé. On les appelle volontiers *défaillances systémiques*.

Les risques systémiques dans le suivi de grossesse

Plusieurs approches récentes de Benchmark (Amalberti & al, 2005, Longo & al, 2005 ; Latil, 2007) soulignent les risques liés à l'hétérogénéité et la complexité du système médical, avec de multiples acteurs professionnels, de multiples interfaces d'un professionnel à l'autre, y compris à l'intérieur des établissements, sans oublier le chemin propre de chaque patient.

Le suivi de grossesse est un exemple presque caricatural de cette complexité. Le nombre d'acteurs impliqué est très élevé : généraliste, gynécologue de ville, sage-femme, obstétricien, sans oublier les échographistes, biologistes, et autres professions de santé ponctuellement sollicitées. Depuis peu, le déploiement des réseaux de périnatalité tente de répondre à cette complexité en la coordonnant mieux.

Ce chemin de coordination est cependant long, 7 mois en général, avec une patiente suivie étroitement et réglementairement par le système médical, pour une cause ne relevant pas a priori de la pathologie, mais où toute atteinte du fœtus et de la mère est jugée inacceptable.

Une analyse systémique centrée sur le risque périnatal a été appliquée au suivi de grossesse dans un but pédagogique. Elle a été aidée par des professionnels de santé impliqués à différents niveaux du suivi. L'analyse révèle 4 modalités principales de défaillance.

- ④ L'influence des "sachants" : les généralistes, surtout quand ils interviennent de façon opportuniste dans la grossesse pour des pathologies intercurrentes, sont les plus vulnérables à cet effet, mais tous les professionnels de santé peuvent en être aussi victimes ; ils se rassurent trop facilement des dits et non-dits de celui réputé en savoir plus qu'eux sur le domaine ; l'attribution floue du suivi entre professionnels poursuit directement le point précédent en créant une fausse sécurité quand un professionnel du domaine (clinique, obstétricien) est consulté mais sans vraiment prendre en charge la grossesse. Ceci est typique du généraliste qui envoie sa patiente régulièrement pour échographie chez un gynécologue obstétricien, tout en la revoyant derrière dans les visites intermédiaires. Qui est vraiment en charge des risques et des dépistages oubliés?

- ④ La transmission d'une information avec une phraséologie non professionnelle : malgré les améliorations récentes par les guides parus, la phraséologie dans les dossiers et sur les examens complémentaires reste parfois peu professionnelle, avec une ambiguïté qui ménage la lecture du résultat par la patiente. Ce risque reste très significatif surtout dans le cadre d'un dossier partagé emporté par la patiente.

- ④ Le danger de l'informatique, et des erreurs d'aiguillage menace plus particulièrement les laboratoires, en multipliant les risques d'erreurs d'adressage du fait des contraintes propres de saisie et de format de l'informatique. La surcharge des professionnels de santé fait le reste, en ignorant les courriers arrivés par erreur.

- ④ Enfin, les patientes socialement fragiles sont un facteur aggravant notable ; ces femmes présentent plus souvent des co-morbidités aggravantes pour la grossesse (surcharge pondérale notamment). La fragilité sociale s'associe aussi à un plus grand nomadisme, et à une incidence plus critique des avances financières et des déplacements à réaliser. Une attention particulière doit leur être portée sur le dossier partagé et les aides diverses pour éviter les sur risques associés. En conclusion, l'étude conduite s'est limitée aux facteurs systémiques du suivi de grossesse, à l'exclusion de la phase finale de travail de l'accouchement (où les facteurs systémiques de risques sont également nombreux). Cette première approche a permis de mettre à disposition des professionnels un matériel pédagogique pour réduire ces risques qui devrait être intégré rapidement aux cursus de formation médicale continue des principales professions concernées.

1 Amalberti, R. Auroy, Y. Berwick, D., Barach, P. Five System Barriers To Achieving Ultrasafe Health Care, *Ann Intern Med.* 2005;142, 9 : 756- 764. Longo D, Hewett, J., Ge, B., Schubert, S. The long road to patient safety : status report on patient safety systems. *JAMA* 2005(294) : 2858-2865. Latil, F. Impact de l'erreur médicale sur les pratiques et les assurances professionnelles, *Pratique et organisation des soins*, 38 (1) : 69-76.

2 A. Villain & al, La situation périnatale en France en 2003, premiers résultats de l'enquête nationale, *Etudes et résultats*, DRESS, 383, mars 2005. G. Buisson, Les réseaux de maternité entre 1996 et 2000, *Etudes et résultats*, DRESS, 225, mars 2003 / Circulaire DHOS/01/03/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité, HAS, Comment mieux informer les femmes enceintes, Avril 2005.