

Johan Lange, Chirurgien

Dans les années 1990, Johan Lange a été l'un des premiers chirurgiens des Pays-Bas à réaliser une laparoscopie de la vessie. Dans les années suivantes, il a pratiqué des laparoscopies du gros intestin, des gastroscopies et des chirurgies endoscopiques de hernies inguinales. Il travaille actuellement comme chirurgien au centre Erasmus MC de Rotterdam et est coordinateur de la sécurité des patients pour le département de chirurgie. Il est président du Conseil pour la sécurité des patients de l'Association néerlandaise des chirurgiens (NVvH) et, jusqu'à récemment, il était également directeur du cursus de médecine à Erasmus MC.

« En 1993, la chirurgie par laparoscopie a été introduite dans le traitement du syndrome de douleur régionale complexe. A l'époque, je travaillais dans un hôpital qui ne faisait pas de laparoscopies et j'avais alors obtenu un certain degré d'estime quand cette technique est arrivée. Il était donc tout naturel que je présente cette nouvelle intervention dans notre hôpital. Je n'avais absolument aucun doute que je réussirais ; après tout, j'avais réussi à introduire les précédentes laparoscopies ! »

« J'ai eu la prudence de faire appel à un autre chirurgien qui avait pratiqué l'opération cinq fois auparavant. Avec un collègue de mon service, j'ai assisté ce chirurgien à trois reprises. Cela n'a pas semblé difficile et nous sommes rentrés chez nous convaincus que nous pouvions effectuer l'opération nous-mêmes. Nous avons demandé à notre "professeur" s'il pensait que sa présence serait nécessaire lors de la première intervention, mais il a estimé que notre expérience à d'autres types de laparoscopie était suffisante pour nous permettre d'opérer de manière autonome ».

MAUVAIS PLAN

« La laparoscopie, qui a été effectuée sur une patiente atteinte d'un syndrome de douleur régionale complexe de la main, a été un mauvais souvenir pour nous. Nous devons passer par un nerf particulier de la cavité thoracique, mais nous avons beaucoup de mal à le localiser. Il se trouve que j'opérais avec le chirurgien qui avait le plus d'expérience dans la version "ouverte" traditionnelle de cette opération. Le collègue avec lequel j'avais appris à faire l'opération n'était pas présent à ce moment-là, ce qui était, bien sûr, une mauvaise planification au départ. Lorsque nous avons pensé avoir trouvé le nerf droit, nous avons retiré une section et l'avons envoyée au laboratoire pour examen, conformément au protocole. L'opération s'est avérée être un succès et la main de la patiente était sèche après l'opération, ce qui révélait que l'opération était un succès.

Le lendemain, j'ai reçu le rapport du pathologiste. Il avait trouvé non seulement du tissu du nerf sympathique, mais aussi du tissu du plexus brachial. Dans ces moments-là, on a l'impression que le sol est en train de se dérober. Je me suis senti très mal quand je suis allée voir la patiente. Ma crainte s'est confirmée ; elle ne pouvait pas utiliser plusieurs des muscles de sa main. La patiente a immédiatement été transférée dans un hôpital universitaire où un neurochirurgien a retiré une partie d'un nerf de sa cheville et l'a inséré dans le segment endommagé. Il s'agissait d'une procédure complexe et inefficace qui a entraîné de nouveaux problèmes. Pour atteindre le nerf, le neurochirurgien a dû d'abord scier la clavicule, puis la fixer avec des vis, ce qui n'a jamais permis de guérir correctement. La patiente a également eu de gros problèmes avec la partie de sa cheville dont la section de nerf avait été enlevée. Il va sans dire qu'elle a déposé une plainte auprès de l'hôpital. Ce fut un coup dur, car je savais que j'étais en partie responsable. Je n'avais pas pris le temps de m'entraîner. Je m'étais laissé emporter par mon succès et je n'étais plus pleinement conscient des risques encourus. J'avais introduit avec succès les laparotomies précédentes et j'ai abordé celle-ci de la même manière, en observant d'abord et en pratiquant ensuite la procédure moi-même.

C'était peut-être simplement la façon dont les choses se faisaient à l'époque, mais il était bien sûr irresponsable de commencer une opération alors que nous étions si mal préparés. Et au fond, nous en étions bien conscients ».

TRAVAIL D'EQUIPE

« Immédiatement après l'incident, ma première réaction a été d'oublier et d'ignorer ce qui s'était passé. J'ai fait un pas en arrière sur le plan professionnel, et il m'aura fallu dix ans avant de pratiquer à nouveau cette intervention. L'incident m'a évidemment fait réfléchir quant à la responsabilité que m'avait confié le patient. J'ai pris davantage conscience des facteurs humains impliqués dans la médecine, des facteurs qui sont responsables de 60% des erreurs que nous commettons en tant que soignants. Dans mon cas, c'est l'excès de confiance et de fierté qui est à blâmer, mon désir de maintenir la réputation dont je jouissais. Pour d'autres, la fatigue, le stress ou les problèmes personnels en sont la cause. Cela nous arrive à tous, et il est tout à fait humain qu'elles puissent nous distraire temporairement. Il est donc plus important que jamais que les professionnels de la santé en soient conscients et que le système soit orienté vers la prise en charge de tels facteurs de risque ».

CONFERENCE SUR LES ERREURS MEDICALES

« Dans le cadre de cette approche, je donne depuis trois ans des conférences sur mes propres erreurs médicales. Il est bon pour les internes d'apprendre comment les erreurs se produisent, comment mon attitude a conduit à des imprudences, mais aussi le fait que personne ne m'ait jamais blâmé. Il est évident que j'avais ma propre responsabilité, mais mes collègues aussi ; tout le système a échoué. Ce système va au-delà d'une seule discipline, au-delà des murs de l'hôpital en fait. Pourquoi le chirurgien que j'avais vu pratiquer le nouveau type de laparoscopie m'a-t-il laissé poursuivre cette intervention ? Il avait aussi une responsabilité. Il y a un an, il est finalement devenu obligatoire d'impliquer un superviseur si vous voulez introduire une nouvelle forme de traitement. En outre, vous devez informer le comité d'éthique médicale de la manière dont vous comptez réaliser l'intervention. Cette mesure était attendue depuis longtemps, mais au moins vous ne pouvez plus vous contenter d'essayer quelque chose.

La culture change lentement, mais je suis optimiste. Les conférences sur mes propres erreurs sont très appréciées des internes ; la salle de conférence est toujours pleine. C'est un bon signe, car les conférences contribuent à les sensibiliser aux risques. J'essaie aussi d'encourager d'autres médecins à parler de leurs erreurs et incidents pendant les conférences, mais ce n'est pas si facile. Seuls 4 chirurgiens et doctorants de mon service sur près de 40 ont accepté de le faire, ce qui montre que le sujet de la discussion sur les erreurs médicales n'en est qu'à ses balbutiements ».