



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Mise au point

De l'iatrogénèse aux erreurs médicales : mise au point et approche analytique

From iatrogenesis to medical errors: Review of the literature and analytical approach

B. Chousterman^a, R. Pirracchio^{b,*}

^a Département d'anesthésie-réanimation-Smur, hôpital Lariboisière, université Paris-7 Diderot, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France

^b Service d'anesthésie-réanimation, hôpital européen Georges-Pompidou, université Paris-5 Descartes, Sorbonne Paris-Cité, 20, rue Leblanc, 75015 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 10 février 2011

Accepté le 1 août 2011

Disponible sur Internet le 4 novembre 2011

Mots clés :

Iatrogénie
 Iatrogénèse
 Erreur médicale
 Erreur médicamenteuse
 Évènement indésirable
 Anesthésie-réanimation
 ALARM
 Morbidité
 Mortalité
 Évitabilité

Keywords:

Iatrogeny
 Iatrogenesis
 Medical error
 Adverse drug event
 Adverse event
 Anaesthesiology
 Intensive care
 ALARM
 Morbidity
 Mortality
 Evitability

RÉSUMÉ

L'iatrogénèse et les erreurs médicales font l'objet d'une attention accrue ces dernières années. Il n'est pas aisé de tirer des conclusions des données de la littérature du fait du manque de définitions communes et de la confusion entretenue entre les notions de iatrogénèse et d'erreur médicale. Si la réalité des chiffres en anesthésie-réanimation est éloignée des taux moyens récemment recueillis, il est probable qu'elle soit encore mésestimée du fait d'une sous-déclaration. Cette revue se propose d'apporter un éclairage sur l'incidence réelle de l'iatrogénèse et des erreurs médicales en anesthésie-réanimation associé à une analyse critique des données de la littérature. Les stratégies de prévention de ces incidents, au niveau individuel ou systémique, sont également présentées.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Iatrogenesis and medical errors have been increasingly studied over the past years. Because of the lack of consensus concerning the definitions, it remains difficult to draw general conclusions from the published. Moreover, it is still likely to be underestimated because of underreporting. This review aims at evaluating the overall incidence of iatrogenesis and medical errors in anaesthesia and intensive care and at discussing the strategies to prevent these incidents, at the individual or systemic level.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

« *Primum non nocere* » (Hippocrate, 410 avant J.-C.). C'est à Hippocrate que nous devons la première évocation de l'iatrogénèse et de l'implicite évaluation du rapport bénéfice/risque préalable à toute action médicale. Littéralement, en grec, l'iatrogénèse fait référence à tout symptôme ou maladie provoqué par le médecin

(*iatros* : médecin ; *gènes* : qui est engendré). Après avoir longtemps été considérée comme le nécessaire prix à payer de l'évolution médicale et des thérapeutiques actives, l'iatrogénèse n'est identifiée comme source propre de morbi-mortalité que depuis quelques décennies. En 1998, le Haut Comité de la Santé Publique définit l'iatrogénèse comme l'ensemble des « *conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqués ou prescrits par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé* » [1]. Or, malgré cette définition n'impliquant en aucun cas la notion d'erreur dans la genèse d'un évènement iatrogène, un raccourci communément

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : romainpirracchio@yahoo.fr (R. Pirracchio).

emprunté dans l'opinion générale, mais également dans la littérature scientifique internationale, conduit à confondre évènement iatrogène et erreur médicale.

Du fait de la fragilité des patients, de la multiplicité et de l'invasivité des traitements et gestes mis en œuvre, les services de réanimation sont particulièrement confrontés aux complications iatrogènes. Malgré de très nombreuses études, il reste difficile de distinguer les données relatives à l'iatrogénèse dans son ensemble, de celles concernant plus spécifiquement les erreurs médicales, mais également d'estimer la mortalité réellement attribuable aux évènements iatrogènes dans le domaine de la réanimation [2,3]. Cette revue se propose d'apporter des éclaircissements sur les chiffres en distinguant le plus clairement possible l'iatrogénèse de l'erreur médicale, d'exposer les différents modèles analytiques de l'erreur humaine qui semble être la première cause d'accidents en anesthésie-réanimation, et enfin de résumer les avancés récents en termes de sécurité et de prévention.

2. Les données

2.1. Définitions

Un état ou une maladie sont considérés comme iatrogènes s'ils ont été occasionnés par une des étapes d'une prise en charge médicale, depuis le diagnostic jusqu'à la thérapeutique, en passant par les examens complémentaires [1].

Du fait de l'absence de définition commune, une confusion persiste entre les notions de complication iatrogène, d'évènement indésirable (EI) et d'erreur médicale. En effet, la plupart des auteurs, notamment anglo-saxons, substituent le terme de iatrogénèse par celui d'EI (« adverse event » en anglais) [4–7]. Or la Haute Autorité de santé (HAS) propose en août 2006 une définition spécifique pour les EI, différente de celle de l'iatrogénèse. Selon la HAS, les EI sont « l'ensemble des situations s'écartant des procédures ou des résultats escomptés dans une situation habituelle et qui sont potentiellement source de dommage ». Parmi ceux-ci, les EI graves (EIG) sont par définition ceux qui sont source d'hospitalisation, de prolongation de l'hospitalisation ou qui mettent en jeu le pronostic fonctionnel ou vital des patients. EI et iatrogènes ne sont pas des notions strictement échangeables mais sont néanmoins profondément intriqués. Les EI peuvent être considérés comme un sous-ensemble faisant partie de l'ensemble plus large des évènements iatrogènes. Aussi tous les évènements iatrogènes ne sont pas des EI. Ainsi, un diabète secondaire à une pancréatectomie est une pathologie manifestement iatrogène mais attendue et n'est donc pas un EI. À l'inverse, la prescription d'un traitement anticoagulant à l'origine d'un hématome intracérébral chez un patient est une complication iatrogène et un effet indésirable, en l'occurrence grave, car l'EI est directement imputable à l'action du médecin.

Une confusion est également souvent entretenue entre iatrogénèse et erreur médicale. L'erreur médicale se définit comme une erreur commise par un professionnel de santé qui pourrait potentiellement entraîner un dommage à un patient. En effet, le terme d'*erreur* ou son presque synonyme le mot *faute*, définis en jurisprudence comme « une négligence ou incurie sans intention de nuire », reposent sur une notion d'imputabilité humaine et singulièrement médicale dans le cas présent. Elles représentent donc une des sources possibles de iatrogénèse. Ce terme générique regroupe les erreurs diagnostiques, les erreurs d'administration médicamenteuse ou d'autres traitements ou encore les erreurs d'interprétations de résultats d'examens. En outre, les erreurs médicales sont à distinguer des négligences ou des fautes volitionnelles [8,9].

En dehors du contexte spécifique de la médecine, les définitions de l'erreur sont nombreuses mais s'articulent globalement autour de trois dimensions :

- définition mécanistique ou descriptive de l'erreur :
 - il s'agit soit de comprendre l'erreur afin de la classer selon ses causes ou ses mécanismes, soit de décrire l'erreur en faisant appel à ce qu'un observateur extérieur peut observer lorsqu'un acteur fait une erreur ;
- définition du point de vue de l'individu ou définition d'un point de vue collectif :
 - il s'agit de définir l'erreur comme un écart par rapport à ses propres références ou par rapport à des référentiels, aux normes ou aux lois décrivant notre activité professionnelle. Dans ce cas, l'erreur pourrait être qualifiée d'écart à une référence collective ;
- définition selon ses conséquences :
 - il s'agit de définir l'erreur selon qu'elle est à l'origine de conséquence ou non. Il est ainsi possible de s'intéresser à l'ensemble des erreurs qu'elles soient ou non à l'origine de conséquences ou de ne définir comme erreur que celles responsables de conséquences, et pas celles « récupérées » avant qu'elles n'aboutissent à des conséquences pour le patient (notion du « near miss » anglo-saxon [10]).

La distinction entre ces différentes notions est essentielle afin de pouvoir apporter un éclaircissement précis sur les chiffres de prévalence et de morbi-mortalité attribuable, d'une part, et d'envisager des mesures préventives adéquates, d'autre part. En effet, les erreurs humaines, qu'elles soient dues à des négligences ou à des défauts d'organisation, n'ont pas les mêmes causes ni les mêmes répercussions que les effets secondaires délétères des différentes actions thérapeutiques (ex. : les chocs anaphylactiques, saignements sur traitement anticoagulants...) et leur prévention ne peut donc relever des mêmes procédures.

2.2. Épidémiologie : complications iatrogènes et évènements indésirables

Faute de définition commune et de critères consensuels permettant d'imputer la responsabilité d'un état pathologique à une étape de la prise en charge médicale, il est difficile d'extraire de la littérature des données homogènes et d'estimer la prévalence globale des complications iatrogènes à travers le monde. La grande majorité des données disponibles dans la littérature concernent les EI, qu'ils soient liés à une procédure diagnostique ou à la démarche thérapeutique dans son ensemble.

En France, au début des années 1990, une enquête sur une journée [11] a rapporté, parmi les motifs d'hospitalisation, une prévalence globale d'évènements iatrogènes de 6,28 %. Parmi les 109 cas identifiés dans cette enquête, 17 étaient considérés comme bénins, 38 dangereux, 51 sérieux et trois ont conduit au décès du patient. Les causes principales identifiées étaient l'automédication ($n = 8$), la mauvaise compliance ($n = 8$) et les erreurs thérapeutiques ($n =$) [non respect des contre-indications ($n = 2$), mauvaise indication ($n = 6$), erreur de dose ($n = 13$), durée de traitement excessive ($n = 2$) et autres erreurs ($n = 4$)]. Plus récemment, une étude s'est intéressée aux EIG à l'origine d'une hospitalisation ou survenus en cours d'hospitalisation [12]. Cette étude prospective, multicentrique, s'est déroulée sur une période de sept jours. Au total, 8754 patients ont été inclus, ce qui correspondait à 35 234 journées d'hospitalisation. Quatre cent cinquante EIG ont été observés dans ce travail, soit une prévalence globale de 5,14 %, et de 6,6 % pour les EIG survenus durant l'hospitalisation. Dans cette étude, au moins un EIG était survenu durant la période d'observation dans 66 % des services de chirurgie et dans 58 % des

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2746007>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2746007>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)