



# **MAUVAISES PRESCRIPTIONS, MAUVAISES HABITUDES**

## **Christophe Baillard**

Service d'Anesthésie-Réanimation, Unité de surveillance continue, CHU Avicenne, EA 3409, 93009 Bobigny. E.mail : christophe.baillard@avc.aphp.fr

## **INTRODUCTION**

### **QU'EST-CE QU'UNE MAUVAISE PRESCRIPTION ?**

La prescription médicale est l'aboutissement d'un processus qui s'inscrit dans le paradigme de la « médecine fondée sur des preuves », l'« evidence base medicine (EBM) » des Anglo-Saxons [1]. Si on considère une mauvaise prescription comme un acte qui échoue à l'objectif poursuivi, on peut l'assimiler à la notion d'erreur. Il convient alors d'analyser les différents constituants du processus ayant mené à la mauvaise prescription afin d'éviter sa répétition. L'évaluation des pratiques aide le prescripteur à rester, au besoin après la mise en place de mesures correctives, dans les standards de prescription, c'est-à-dire des référentiels professionnels.

### **QU'EST-CE QU'UNE MAUVAISE HABITUDE ?**

Il y en a-t-il de bonnes ? Dans un système en perpétuelle évolution les habitudes ont vocation à desservir la qualité de la prescription à plus ou moins brève échéance. Plus de la moitié des traitements prescrits par un médecin n'apparaissent pas dans le contenu de sa formation initiale qui requiert une mise à jour permanente. C'est la fonction de la formation continue.

L'article 11 du code de déontologie médicale rappelle : « Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles. »

## **1. ERREUR DE PRESCRIPTION**

L'analyse de l'erreur humaine a fait l'objet de nombreux ouvrages. Celui de J. Reason, professeur de psychologie, est remarquable par la clarté des mécanismes exposés. Voici quelques extraits [2] :

« Quand on examine la contribution humaine aux catastrophes dans les systèmes, il est important de distinguer deux genres d'erreurs : les erreurs actives, dont les effets se font ressentir presque immédiatement, et les erreurs latentes, dont les conséquences néfastes peuvent rester longtemps en sommeil dans le système et ne se manifester qu'en se combinant avec d'autres facteurs pour mettre en brèche les défenses du système. En général, les erreurs actives sont associées à l'activité des opérateurs qui sont « en première ligne » sur un système complexe : les pilotes, les contrôleurs de la navigation aérienne, les équipes de salle de contrôle, etc... Les erreurs latentes, en revanche, ont plutôt tendance à se développer à partir de l'activité de ceux qui sont éloignés de l'interface de contrôle direct, à la fois dans le temps et l'espace : les concepteurs, les décideurs de haut niveau, les ouvriers qui construisent les systèmes, les directeurs et le personnel de maintenance. L'erreur active est facilement identifiée, par contre les erreurs latentes qui sont le plus souvent d'ordre organisationnel sont plus subtiles, plus complexes et moins compréhensibles : elles sont aussi plus dangereuses car plus difficiles à détecter et donc à corriger. Ainsi « Les catastrophes sont rarement produites par une unique gaffe fondamentale »

En anesthésie, le décret de 1994 rendant obligatoire la consultation d'anesthésie et la visite préopératoire, le passage systématique des patients en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), la qualification du personnel au bloc opératoire (IADE) et en SSPI (formation spécifique), ont largement contribué à réduire la mortalité liée à l'anesthésie. En 20 ans, la mortalité attribuable en tout ou partie à l'anesthésie a reculé d'un facteur 10 mais reste encore distante des systèmes les plus sécurisés comme l'aéronautique [3]. Toute dégradation du système de soin conduit inexorablement à la surexpression des erreurs latentes qui font le lit des erreurs actives avec les conséquences dramatiques que l'on connaît. On parle de « faute » devant la constatation d'un échec de planification, d'organisation. On parle de « raté ou lapsus » devant un échec d'exécution. Il existe ici un niveau cognitif fondamentalement différent » à l'instar des responsabilités.

## **2. FACTEURS FAVORISANT LES ERREURS LATENTES**

Pour qu'une erreur de prescription grave survienne dans un système complexe comme le soin, il faut qu'un certain nombre de verrous « sautent » ce qui semble apparemment tellement improbable que le praticien au bout de la chaîne de soin peut être amené à relâcher son attention.

Le drame survenu récemment à l'hôpital Saint Vincent-de-Paul illustre malheureusement trop bien cette situation : une infirmière délivre une solution de chlorure de magnésium mortelle à un enfant. L'enquête révèle qu'elle a confondu cette solution avec du soluté glucosé destiné à réhydrater l'enfant. Les deux solutions sont en apparence très proches. Le chlorure de magnésium n'est habituellement jamais stocké avec le soluté glucosé. Le chlorure de magnésium n'est habituellement pas disponible dans le service. Le chlorure de magnésium n'a jamais fait l'objet d'une commande du service. Le chlorure de magnésium a donc été livré, réceptionné, stocké et délivré par erreur. Les erreurs latentes sont représentées ici par une négligence observée à chaque étape de la chaîne. Les conséquences dramatiques n'ont pas été seulement produites par une unique gaffe fondamentale de l'infirmière mais aussi et surtout favorisées par une succession d'erreurs latentes. La faute, au sens psychologique du terme,

revient à l'échec d'organisation: « Constatant d'ores et déjà un dysfonctionnement collectif et sans attendre les conclusions complètes de l'audit, le directeur général, souhaitant que l'AP-HP assume son entière responsabilité, vient de demander au juge d'instruction que l'AP-HP, en qualité de personne morale, soit mise en examen » (Agence France Presse).

En dépit de la consultation d'anesthésie et de la visite préopératoire il arrive encore d'être amené à reporter une intervention le jour même en raison d'erreurs latentes heureusement identifiées. Par sa propre expérience et en interrogeant les collègues, il est très facile de retrouver des événements qui auraient pu conduire à un accident.

Dans les systèmes complexes la multiplicité des interventions et intervenants peut conduire à la dilution des responsabilités. D'autre part, en tant que simple maillon d'une chaîne de soins il est facile de se convaincre qu'une erreur sera récupérée par les chaînons suivants. Cette erreur d'appréciation du risque peut être à l'origine d'une conduite négligente, résultante d'une balance vigilance/risque défavorable.

La traçabilité des actes réalisés dans une chaîne de production permet de responsabiliser chaque acteur en identifiant chaque acte comme élément constitutif essentiel du système. D'autre part, la position des acteurs dans la chaîne de soins doit être suffisamment mobile pour permettre à tout à chacun d'appréhender les conséquences d'une attitude négligente au niveau de chaque maillon. En anesthésie, chaque médecin devrait alternativement occuper les différentes activités reconnues comme essentielles en pré, per et postopératoire. Pourtant, on constate encore trop souvent une dichotomisation, parfois organisée et planifiée au sein même de notre discipline, entre ce qui relève de la préparation et de la réalisation d'une activité interventionnelle réalisée sous anesthésie et de la prise en charge post-interventionnelle. Dans ces conditions d'exercice, le praticien qui ne participe pas au postopératoire est aveugle malgré lui des conséquences éventuelles de ces actes, que celles-ci soient bénéfiques ou délétères. Le retour d'expérience, pierre angulaire de l'EBM, devient totalement inopérant. Le praticien sera également sourd aux critiques émanant de sources qu'il considérera non légitimes car ne participant pas à son activité. En rendant ses acteurs aveugles et sourds, l'organisateur réunit tous les éléments propices à la surexpression des erreurs latentes.

Contrairement aux actions non délibérées, des « ratés » décrits plus haut, la mauvaise prescription est une erreur délibérée dans ce sens que le prescripteur est convaincu de bien faire. Ce n'est pas une erreur d'exécution, mais plutôt une erreur de planification ce qui revient là aussi à une faute au sens psychologique du terme. Il existe une incohérence entre les intentions préalables et les conséquences attendues. Dans le paradigme de l'EBM, la prescription ou décision médicale est issue de l'espace de recouvrement des données de la recherche, de l'expérience clinique et des préférences du patient : l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient.

Les données de la recherche sont désormais largement diffusées et accessibles. Le problème réside beaucoup plus dans la difficulté à extraire la bonne information, c'est-à-dire une donnée non seulement scientifiquement valide mais aussi actualisée. La pratique de l'EBM selon le modèle classique comprend la formulation d'une question à partir d'un cas concret, la recherche

d'une réponse dans la littérature médicale, l'analyse critique de cette littérature afin de trouver la meilleure réponse possible et son niveau de preuve et enfin l'application des résultats à la prise en charge du cas concret. Les obstacles qui se présentent au clinicien sont nombreux et le plus souvent incontournables. On peut retenir le manque de temps et/ou de disponibilité et l'absence de formation méthodologique. Ce dernier point est capital dans la mesure où cette démarche revient à l'élaboration de recommandations à partir de la littérature nécessitant une méthodologie très stricte afin d'en assurer la validité. Dans le cas contraire le danger repose sur une mauvaise interprétation de la littérature conduisant à une pratique déviante. C'est paradoxalement ce risque que cherche à éviter le concept de l'EBM. La mise en place d'un enseignement formalisé à la lecture critique d'article (LCA) dans les études médicales est très récente et ne s'est pas faite sans difficulté puisque cette idée remonte aux années 1980 [4]. S'inspirant précisément de l'EBM de nombreux enseignants-chercheurs, principalement anglo-saxons, ont dispensé des enseignements de LCA dans différentes facultés. En France, il avait été prévu d'introduire une épreuve de LCA dans les concours de l'internat dès 1981 : le projet fut abandonné. Il aura fallu attendre 2002 pour que cette question soit remise à l'ordre du jour avec la mise en place de l'épreuve classante nationale (ECN). Munis d'un esprit critique scientifique, les étudiants ont désormais la capacité d'appréhender précocement le concept EBM. Elle confortera aussi les enseignants à fonder leurs enseignements sur les données médicales scientifiquement les mieux établies.

Bien que l'on puisse s'attendre à ce que les plus jeunes soient mieux préparés, la pratique de l'EBM classique demeure difficile à envisager dans sa démarche globale. En réalité, le recours aux sources d'EBM secondaires est nécessaire. Il s'agit d'utiliser des sources de documents déjà triés et analysés comme la Cochrane Library, certains journaux comme l'EBM Journal, ou encore les rubriques « pratiques » des journaux spécialisés. S'inscrivent aussi et majoritairement dans ce cadre les formations continues, enseignements européens, congrès, enseignement post-universitaire etc... Evidemment, tout repose sur la confiance attribuée à ses sources. Enfin, l'établissement de référentiels professionnels est certainement la source d'EBM secondaire la plus élaborée sur lesquels le professionnel non seulement peut, mais doit adosser sa pratique. A cet égard notre discipline n'est pas en reste avec plus de 50 référentiels mis à la disposition des praticiens. Des efforts sont actuellement consentis pour améliorer leur diffusion et comme on le verra plus loin leur application.

### **3. DÉTECTION DES ERREURS**

Partant du postulat que l'erreur est humaine, « errare humanum est », la recherche des erreurs est une mesure salvatrice indispensable. Nous prenons connaissance de nos erreurs lorsqu'il existe un écart entre l'effet produit par l'action et l'effet attendu. Encore faut-il que l'effet intervienne dans le champ d'observation de l'opérateur. Par exemple, une erreur peranesthésique ayant un retentissement postopératoire (ischémie myocardique favorisée par une non transfusion par exemple) ne sera perçue par l'opérateur que si son champ d'activité recouvre le postopératoire. La plupart des erreurs étant latentes et ne s'exprimant (heureusement) pas, elles ne sont pas détectables spontanément. Finalement, c'est une tierce personne qui, le plus fréquemment, découvre l'erreur. En particulier, l'analyse des incidents intervenant dans des systèmes complexes comme le nôtre montre que les mauvais diagnostics conduisant à

la mauvaise prescription ne sont corrigés que par un « esprit neuf » c'est-à-dire un agent extérieur comme si l'acteur était dans l'incapacité de modifier son hypothèse initiale. Cette notion est fondamentale puisqu'elle justifie d'appeler une aide extérieure devant un incident même si on pense pouvoir « a priori » y faire face.

Ces différents éléments conduisent à la notion que la recherche des erreurs doit être formalisée, systématique et obligatoire : décret du 03-10-95 relatif à la sécurité des patients anesthésiés prévoyant une vérification du site d'anesthésie avant utilisation sur un patient par exemple. Il s'agit ici d'une fonction de contrainte (élément bloquant la poursuite du processus interventionnel) vécue parfois difficilement.

Si la contrainte est parfois nécessaire, il n'en demeure pas moins qu'il est préférable de s'approprier les instruments permettant d'améliorer sa pratique. L'évaluation des pratiques professionnelles représente un des outils les plus élaborés dans ce domaine. Jusqu'à récemment les efforts des professionnels étaient concentrés sur l'édition de recommandations alors que leur implémentation était peu voire pas évaluée. L'accent est maintenant mis sur la nécessité d'évaluer les pratiques professionnelles au regard des recommandations existantes. En anesthésie-réanimation, chaque référentiel [5] fait désormais l'objet d'une EPP qui est construit dans la continuité du référentiel et mis à la disposition du professionnel [6]. Chaque praticien et/ou chaque équipe peut ainsi tester l'adéquation entre sa pratique et le référentiel, en repérer les écarts et juger des corrections utiles à apporter. D'autres évaluations seront encore nécessaires pour juger de l'efficacité des corrections apportées et s'assurer de l'absence de dérives.

## **CONCLUSION**

Les mauvaises prescriptions doivent être appréhendées en fonction de leur nature délibérée ou non. Les actions non délibérées appelées « ratés » sont favorisées par une exécution routinière dans un contexte familier alors qu'intervient une capture attentionnelle autre que l'action en cours. Elles sont en général facilement détectables lorsque les conséquences se font immédiatement ressentir. La prévention est difficile. Elle repose entre autres sur le respect des conditions d'exercice, le refus de travailler dans un système dégradé (contrainte), l'éviction de tout facteur favorisant la capture attentionnelle et de tout produit inutilement disponible à l'opérateur. Les actions délibérées quant à elles relèvent d'une intention inappropriée ou inadéquate. C'est certainement ici que le couple référentiel-EPP prend toute son importance.

---

## **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- [1] Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-5
- [2] Reason J. L'erreur humaine. Presses Universitaires de France.
- [3] Lienhart A, Auroy Y, Péquignot F, Benhamou D, Warszawski J, Bovet M, Jouglu E. Survey of anesthesia-related mortality in France. *Anesthesiology* 2006;105:1087-97
- [4] Faniez PL. Rapport de mission au Ministre délégué à l'Enseignement supérieur et à la Recherche François Goulard. Evaluation de la mise en place de l'enseignement de la lecture critique d'article dans les facultés de médecine et opportunité de son intégration aux épreuves classantes nationales. 2007
- [5] <http://sfar.org/t/spip.php?rubrique3>
- [6] <http://www.cfar.org/EPP/dpp.html>