

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 16 mai 2023

Sécurité du patient, nouvelles données

Prof Guy Haller

L'étude du jour mesure à nouveau la prévalence des événements indésirables dans les hôpitaux, en l'occurrence dans le Massachusetts.

Contexte

Les professions chirurgicales et anesthésiologiques s'intéressent depuis longtemps aux événements indésirables. Le professeur Juillard était l'auteur d'une des plus grandes études sur la morbidité péri-opératoire en 1880, notamment sur les différences de risque entre l'éther et le propofol.

Le Harvard Medical Practice Study (HMPS), publiée en 1991, pose les fondement de mesure des événements indésirables, et crée un raz de marée médiatique lorsque l'Institut de Médecine dévoile que l'erreur médicale provoque plus de décès que les accidents de la route, la cancer du sein ou le SIDA...

Suite à cela, de nombreuses initiatives sont prises, et l'[étude du jour](#) reprend le modèle de l'HMPS.

Méthode

C'est une cohorte rétrospective faite en 2018 dans 11 hôpitaux du Massachusetts.

Exclusion: réhabilitation, psychiatrique, addictions, durée de séjour < 2j

Inclusion: échantillon aléatoire sur tous les autres patients.

Définition des événements indésirables : atteinte physique identifiable, associée à la prise en charge, qui a nécessité une surveillance ou un traitement additionnel, une hospitalisation prolongée, ou induit un décès.

Sélection des dossiers patients: Il sont filtrés selon des gâchettes (*triggers*), puis la lésion physique est identifiée et enfin, son association aux soins est déterminée.

Des évaluateurs déterminent ensuite la sévérité de la lésion ainsi que son évitabilité.

Les gâchettes choisies sont celles de l'IHI (Institute of Health Improvement), certaines touchent les soins, d'autres les médicaments, les interventions, la périnatalité...

2836 dossiers-patients sont initialement sélectionnés. Après évaluation de la présence de lésion et de son lien avec les soins, il reste 663 événements indésirables, avec un ajustement pour les hôpitaux de petite taille, afin que l'étude soit représentative pour eux également.

Résultats

Sur les 2800 patients, il y a 23 % d'événement indésirables associées aux soins. 6.8% sont évitables.

Les événements sont moyennement significatifs, ceux qui conduisent aux décès représentent 1% lorsque l'on inclut ceux qui sont menaçant pour la vie.

Ils sont associés aux médicaments et aux prises en charge chirurgicales principalement, avec les soins généraux et les infections impliquées également.

Conclusions des auteurs

Les événements indésirables sont présents dans 25% des admissions, il faut donc poursuivre l'amélioration continue des soins.

Discussion de l'orateur - Vraiment? (le ton est incrédule)

Points forts:

- Méthodologie éprouvée, déjà utilisée dans de nombreux pays
- Échantillonnage aléatoire et ajusté pour le nombre d'admissions
- Populations entre les hôpitaux homogènes
- Absence d'effet cluster des E-I par hôpital: grâce à un modèle mixte...pas compris

Limitations

- Biais de sélection: les gâchettes sont beaucoup plus précises, l'étude de 1991 en utilisait des beaucoup plus génériques et trouvait 2.3% d'EI. Il avait moins d'événements liés aux médicaments et plus liés aux techniques chirurgicales.
- Variabilité inter-individuelle des évaluateurs élevée (kappa 0.5-0.7)
- Absence de critère explicite d'évitabilité

Les Questions qui ressortent:

- Quel est le taux réel d'événements indésirables dans nos hôpitaux?
- Est-ce que l'on s'améliore dans le temps ou pas? De nombreux efforts sont mis en place depuis l'étude de 91.

Une [méta-analyse](#) de prévalence publiée dans le BMJ reprend toutes les études sur les événements indésirables dans les hôpitaux. Elle montre que le taux d'E-I toute source confondue est aux alentours de 6%.

Ce taux ne change pas au cours du temps, sauf pour les études françaises [ENEIS](#), qui incluent une discussion avec les intervenants sur place pour valider avec eux la présence ou non d'un événement indésirable. Comme elles gardent rigoureusement la même méthodologie, contrairement à l'étude du jour, elles peuvent affirmer une amélioration dans le temps.

Questions-réponses

Q: L'isolation de patients pour des causes infectieuses augmente le risque d'EI, est-ce que l'étude en parle?

R: non, l'étude est plutôt large, elle s'intéresse à la prévalence plutôt qu'aux facteurs causals. Une seconde étude analysant les problématiques pourrait être publiée plus tard.

Q: Quelle est la prévalence des plaintes des patients pour EI?

R: Peu de corrélation entre les événements indésirables et les plaintes. Les plaintes de patients ne représentent que 10% des événements, ce n'est que la pointe de l'iceberg. Le type d'EI provoquant des plaintes a tendance à changer depuis 1991: les troubles de la communication sont de plus en plus résonnants.

Q: Dans cette étude, le fait d'erreur ou d'errance diagnostique n'était pas une cause de prolongation d'hospitalisation...

R: La méthodologie ne permet pas vraiment cette granularité. Des études qualitatives observationnelles ont été faites qui permettent d'identifier des erreurs de façon plus fine.



Compte-rendu de Valentine Borcic

valentine.borcic@gmail.com

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch