


Les risques évitables existent



*Dr Philippe MICHEL
Comité de coordination de l'Evaluation Clinique de la Qualité en
Aquitaine*

Intervention lors du colloque de LA PREVENTION MEDICALE du 23 mars 2005

Voir le **diaporama**

L'objectif de l'étude nationale (télécharger le **rapport**  485 kO) sur les événements indésirables graves liés aux soins, conduite dans une centaine d'établissements publics ou privés est de décrire la fréquence et le type d'événements indésirables graves (EIG), notamment ceux qui sont évitables, soit survenus hors hôpital et qui ont conduit à une hospitalisation, soit survenus à l'hôpital.

Dans une étude pilote réalisée en Aquitaine, en médecine 35 à 68% des EIG cause d'hospitalisation et 30% des EIG identifiés au cours d'une hospitalisation ont été jugés évitables et en chirurgie ces taux sont de 13 à 33% et de 14 à 18%.

La définition du caractère évitable d'un événement indésirable lié aux soins ne fait pas encore l'objet d'un consensus complet mais la plupart des auteurs s'accordent pour dire qu'un événement pourrait être évité à partir du moment où les soins sont conformes à la prise en charge considérés comme satisfaisants au moment de la survenue de l'événement. Cette définition est volontairement large pour s'appliquer à tout type d'événement (conséquence d'un acte invasif, de la prescription d'un médicament, d'un soin infirmier ou de kinésithérapie, etc...) mais elle laisse une large place à l'interprétation. C'est pourquoi « l'évitabilité » est parfois difficile à apprécier...

C'est pourquoi une échelle « d'évitabilité » allant de 1 à 6 est préférable à une distinction binaire fautive non fautive.

Si dans l'exemple d'une administration de 10 fois la dose d'anesthésique à un nouveau né, l'accident est évident, les choses sont moins évidentes quand les accidents sont consécutifs à des retard de diagnostic ou de prise en charge ou encore à une insuffisance de surveillance. Ces difficultés sont notamment liées au fait que l'erreur qui a immédiatement précédée la survenue d'un événement (qui peut être minime comme une faute d'inattention pendant la préparation des médicaments) est souvent survenue dans un contexte qui a permis que cette erreur entraîne l'accident (par exemple le fait d'être dérangé par un appel téléphonique). Cet accident est survenu parce qu'il n'y avait pas à cet instant de mécanisme de défenses (comme un soignant qui identifie le dysfonctionnement au moment de l'administration des médicaments, ou le patient ou sa famille qui signale que les médicaments ne sont pas ceux habituellement administrés). Ces mécanismes de défense permettent d'éviter que l'immense majorité des erreurs n'aient de conséquences malheureuses.

En conclusion, la prévention des événements indésirables évitables est possible. Elle nécessite de plus en plus souvent des outils d'analyse des causes car la pratique s'inscrit dans un environnement chaque jour plus complexe et plus technique, où l'identification des erreurs devient difficile. Les pays étrangers comme les USA ou la Grande Bretagne montrent l'exemple de campagnes de prévention sur des défaillances rares mais aux conséquences dramatiques comme les erreurs de côté ou de patient, les erreurs de dosage lors de l'injection de chlorure de potassium. Exemples qui montrent également que la prévention n'est pas toujours synonyme de dépenses supplémentaires.