



Bref feed-back systématique entre médecins aux urgences

74

Freund Y, Goulet H, Leblanc J, Bokobza J, Ray P, Maignan M et al.: Effect of Systematic Physician Cross-checking on Reducing Adverse Events in the Emergency Department: The CHARMED Cluster Randomized Trial

JAMA Internal Medicine, 2018. doi:10.1001/jamainternmed.2018.0607

Assurer la sécurité des traitements dispensés aux patients admis en urgence représente un défi de taille. Aux urgences, les médecins sont souvent amenés à suivre plusieurs patients en même temps et à prendre rapidement des décisions à partir d'informations encore partielles. Bien que ces options soient déterminantes pour la suite, elles sont généralement prises par un seul médecin, sans discussion entre collègues. Compte tenu des conditions prévalant aux urgences, il n'est pas rare que des erreurs et des événements indésirables se produisent. Freund et al. ont mené une étude visant à établir si la mise en place aux urgences d'un feed-back systématique entre médecins pouvait réduire la fréquence des erreurs. Six services d'urgence dans des hôpitaux français ont pris part à une étude randomisée en cluster. Trois services ont commencé par introduire l'intervention, qui a été suivie d'une phase de contrôle. Les trois autres ont continué dans un premier temps de travailler comme d'habitude, puis ont introduit l'intervention (étude croisée en deux phases). Chacune des périodes durait 10 jours, avec un intervalle (« washout ») d'un mois entre les deux. L'intervention prévoyait des vérifications croisées systématiques (« cross-check ») entre pairs aux urgences. Les médecins se retrouvaient par deux trois fois par jour à heure fixe pour discuter des patients qu'ils suivaient. Ils évoquaient en particulier la situation médicale, les mesures prises et les résultats d'analyses ainsi que la suite du traitement. L'échange consistait à se donner réciproquement un feed-back et une évaluation. Pour l'analyse, 14 patients par jour et par service ont été sélectionnés de façon aléatoire parmi ceux répondant aux conditions suivantes : être pris en charge aux urgences durant la journée et ne pas faire partie du groupe à faible risque. Les erreurs médicales qui auraient pu porter à conséquence (« near miss », sans préjudice) et les événements indésirables évitables (avec préjudice) constituaient les critères d'évaluation. Les données ont été extraites des dossiers médicaux électroniques sur la base d'un protocole prévoyant une procédure en deux étapes. Deux experts ont identifié et évalué les événements potentiels, sans connaître la nature de la recherche. Au total, 1680 patients ont été inclus dans l'étude. Les vérifications croisées duraient environ 9 minutes et permettaient d'aborder en moyenne 7 cas. Dans le groupe intervention, 32 pour cent des patients ont quitté les urgences entre deux séances de feed-back et n'ont donc pas été concernés par l'intervention. Leur situation était nettement moins grave que celle des patients dont le traitement a été évoqué avec un pair. Des erreurs médicales (avec ou sans conséquence) ont été recensées

pour 144 patients sur 1680 (8,6 %). Dans le groupe de 840 patients avec vérifications croisées, 54 événements ont été enregistrés (6,4 %), contre 90 dans le groupe contrôle de 840 patients (10,7 %). On note une réduction du risque relatif de 40 % et du risque absolu de 4,3 %. Dans le groupe intervention, le traitement a été modifié pour 24 patients afin d'éviter un événement indésirable. L'effet le plus marqué concerne les « near misses », qui s'élèvent à 49 dans le groupe contrôle (5,8 %), contre 26 (3,1 %) dans le groupe intervention (réduction du risque relatif de 47 %). Le nombre de préjudices graves jugés évitables n'a pas connu de changement significatif (25 dans le groupe intervention, soit 3,0 %, et 35 dans le groupe contrôle, soit 4,2 %). L'ordre des séquences intervention et contrôle n'a pas eu d'influence majeure sur les résultats. Les événements indésirables graves considérés comme évitables avaient très souvent pour origine une erreur dans la gestion du sepsis (24 cas, p. ex. délai avant une antibiothérapie). Les erreurs étaient beaucoup moins nombreuses dans la prise en charge d'un arrêt cardio-circulatoire aigu (6 cas) et des problèmes d'anticoagulants (4 cas). L'étude de Freund et al., de grande qualité au plan méthodologique, montre que le feed-back systématique entre collègues est profitable pour les patients, qui bénéficient ainsi d'un second avis médical – non routinier aux urgences. Pour les patients hospitalisés, des échanges entre pairs ont lieu au moment d'un transfert ou lors de visites, même s'ils ne sont généralement pas systématiques. L'étude ne permet pas de déterminer si ce sont les retours donnés par un pair qui ont conduit à adapter le traitement ou si les médecins l'ont rectifié ou modifié d'eux-mêmes après avoir revu la situation au moment d'exposer le cas à leur collègue. Par ailleurs, seuls les patients pris en charge la journée et les jours ouvrés ont été inclus, ce qui représente une limitation. Il est difficile de savoir si un échange entre pairs pourrait être introduit le soir et le week-end, lorsque le personnel est moins nombreux. Pourtant, c'est peut-être durant ces périodes que les patients en tireraient le plus de bénéfices.

Prof. David Schwappach, MPH

Directeur recherche et développement de Sécurité des patients Suisse – Professeur à l'Institut de médecine sociale et préventive (ISPM) de l'Université de Berne

Lien vers le résumé :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29710111>

Pour des raisons de droits d'auteur, nous ne pouvons malheureusement pas reproduire le texte dans son intégralité.