

Bilan des événements indésirables graves déclarés à l'ARS en 2021

D^r David Osman

Praticien hospitalier – Médecine intensive réanimation, hôpital Bicêtre
Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS), AP-HP

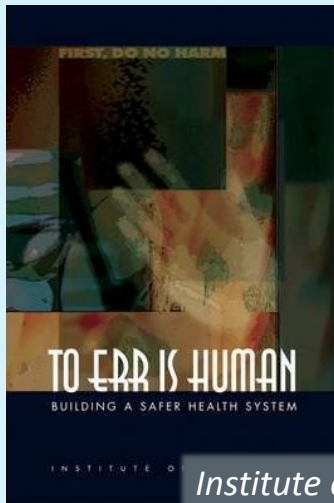
Christine Guéri

Directrice
DPQAM, direction qualité partenariat patient

D^r Yê-Lan Nguyen et D^r Christine Mangin

Service risques et vigilances
DPQAM, Direction qualité partenariat patient

Un sujet majeur, qui n'est pourtant mis en lumière qu'à la fin des années 1990



Institute of medicine
1999

Des **conséquences importantes** aujourd'hui mieux identifiées et mieux quantifiées

Perte de chance pour le patient et de souffrance pour l'entourage

- morbidité et mortalité
- défiance vis-à-vis du système de santé (information)

Risque pour les professionnels

- qualité de vie au travail, *burn-out*, *turn-over*
- recrutement

Coût pour le système de soins

- les ÉIAS et les ÉIG pourraient représenter 15 % du budget hospitalier

Risque assurantiel et judiciaire

- pour les professionnels
- et les structures de soins

Rapport annuel d'activité 2020 HAS
Economics of patient safety OECD 2020

Un vaste cadre réglementaire

2002

Loi du 4 mars - Droit des malades

2004

Loi de santé publique du 9 août

2007

Circulaire CORRUS du 21 septembre

2009

Loi *Hôpital, patient, santé, territoire*

2009

Recommandations du Conseil de l'UE du 9

2011

Arrêté Management qualité de la PECM

2016

Décret 25 nov. relatif à la déclaration des EIG

2021

Arrêté Management qualité du circuit des DM

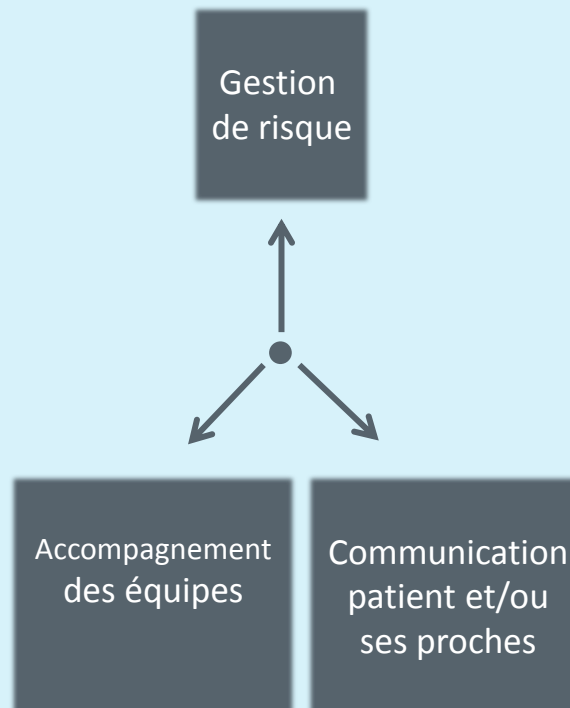
Code de santé publique (2014)

« Tout professionnel ou ES ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre EIG lié à des soins d'investigations, de traitements ou de prévention doit en faire la **déclaration au directeur général de l'ARS** »

Décret (2016)

« Un EIG est un événement **inattendu** au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le **décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent** »

Une gestion des EIG menée dans les GH par les **CGRAS** et les **directions qualité** selon 3 axes



De **nombreux enjeux** organisationnels et managériaux

Sécurité

Pédagogique

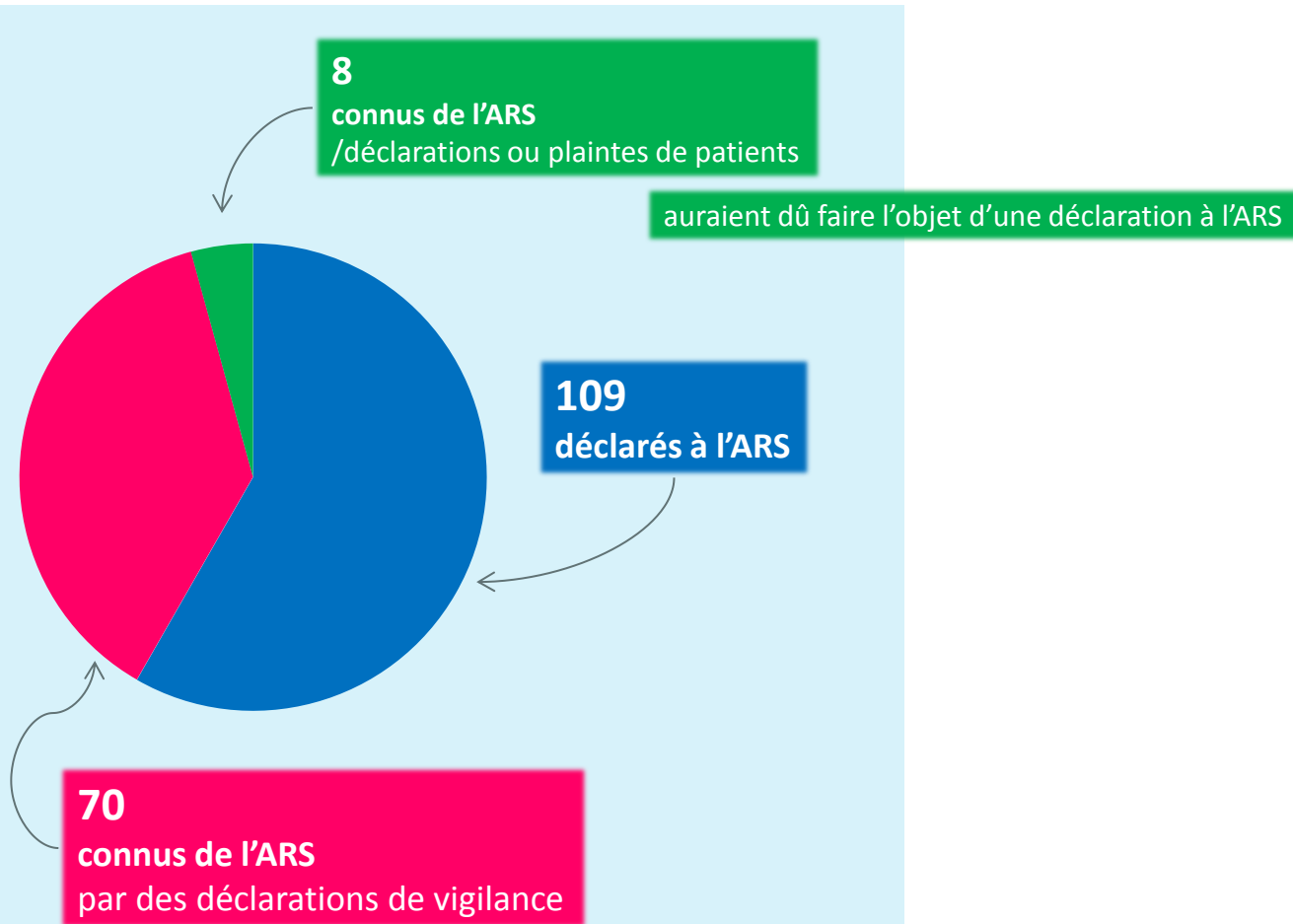
Psychologique

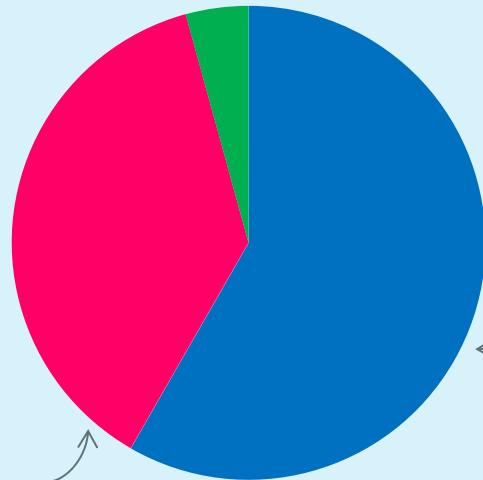
Cohésion d'équipe

Qualité de vie au travail

Juridique

Financier





109
déclarés à l'ARS

70
connus de l'ARS
par des déclarations de vigilance

- étude prospective - 2019
- 154 unités de soins
- 16 départements
- **4825 patients suivis**
- **21 686 journées d'observation**

> ARTICLE // Article

INCIDENCE DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES ASSOCIÉS AUX SOINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (ENEIS 3) : QUELLE ÉVOLUTION DIX ANS APRÈS ?

// EVOLUTION IN INCIDENCE OF ADVERSE EVENTS IN FRENCH HEALTH CARE OVER TEN YEARS OF THE ENEIS 3 SURVEY

Philippe Michel¹ (philippe.michel@chu-lyon.fr), Jean-Luc Quenon², Valentin Daucourt³, Sarah Burdet⁴, Damien Hoarau⁵, Anna Klich⁵, Catherine Pourin⁵, Muriel Rabilloud⁵, Cyrille Colin⁵

¹ Unité 1290 Research on healthcare performance (Reshape) – Institut national de la santé et de la recherche médicale – Université Claude-Bernard-Lyon-I, Hospices civils de Lyon

² Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Nouvelle-Aquitaine (Cocecqa), Pessac

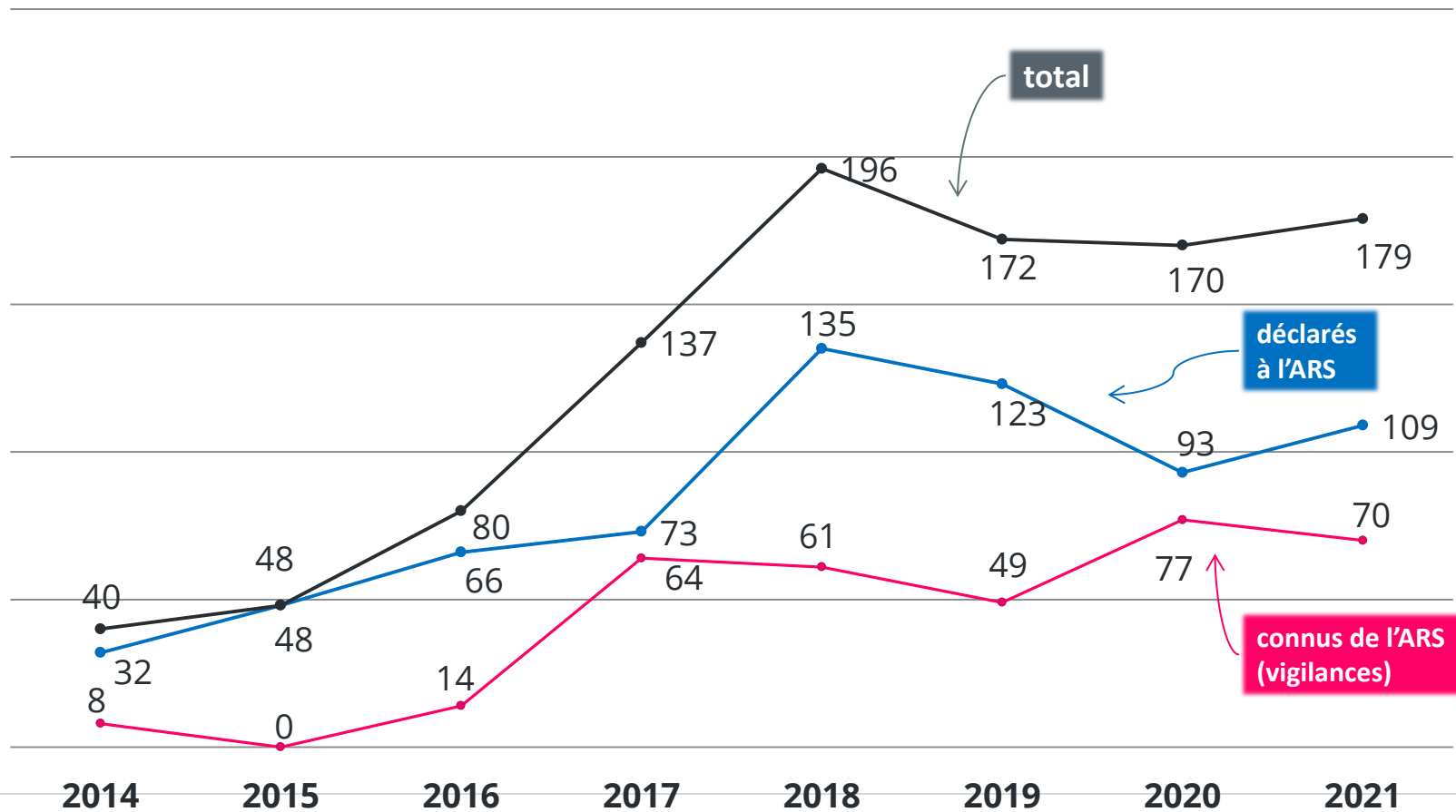
³ Réseau qualité en santé Bourgogne-Franche-Comté (Réqua), Besançon

⁴ Coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en Auvergne-Rhône-Alpes (Cappraal), Lyon

⁵ Service de biostatistique et bioinformatique, Pôle de santé publique – Hospices civils de Lyon

123 ÉIG

Seuls 1,6 % ont été déclarés
sur la plateforme nationale



Une implication de la CME et de la direction générale pour promouvoir la démarche

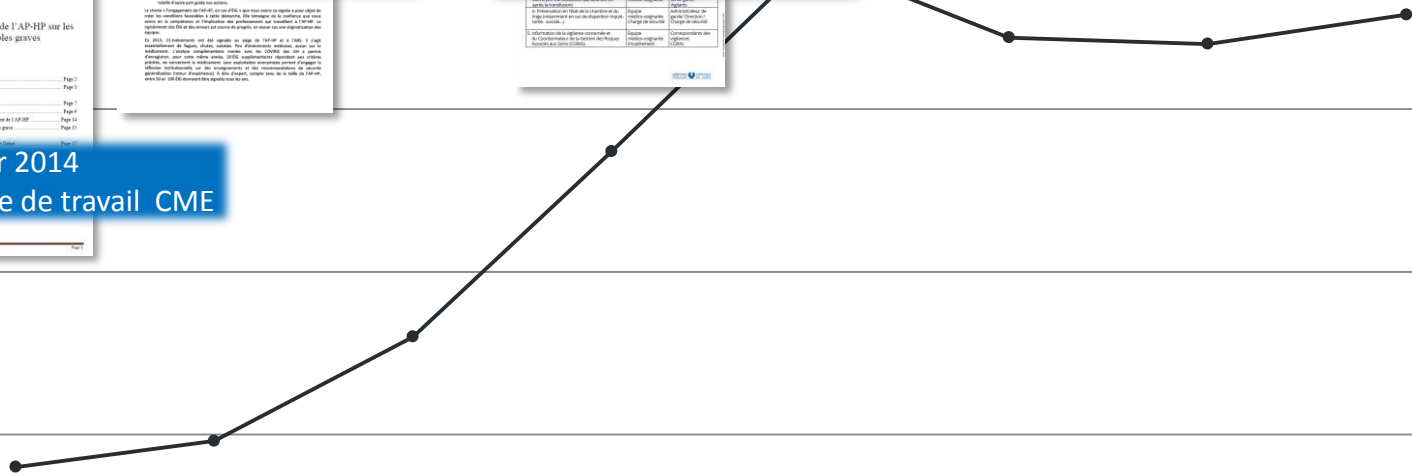
Janvier 2014
Charte d'engagement AP-HP
Charte de « non sanction »
DG et PCME

Mai 2016
Note EIG
DG et PCME

Mai 2014
Note EIG
DG et PCME

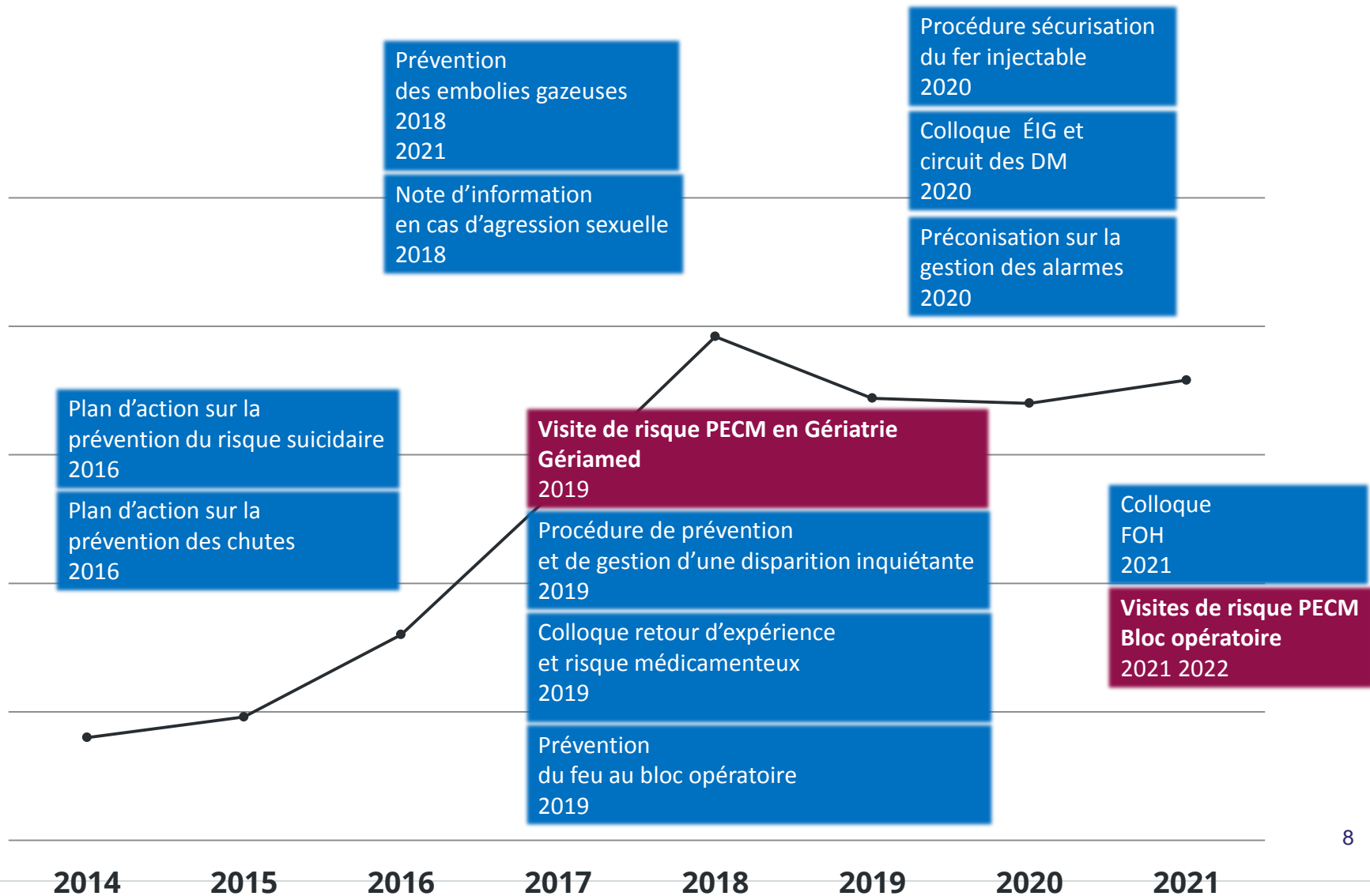
Procédure AP-HP 2017
Bien gérer un EIG DPQAM
CGRAS – DQ - DAJ

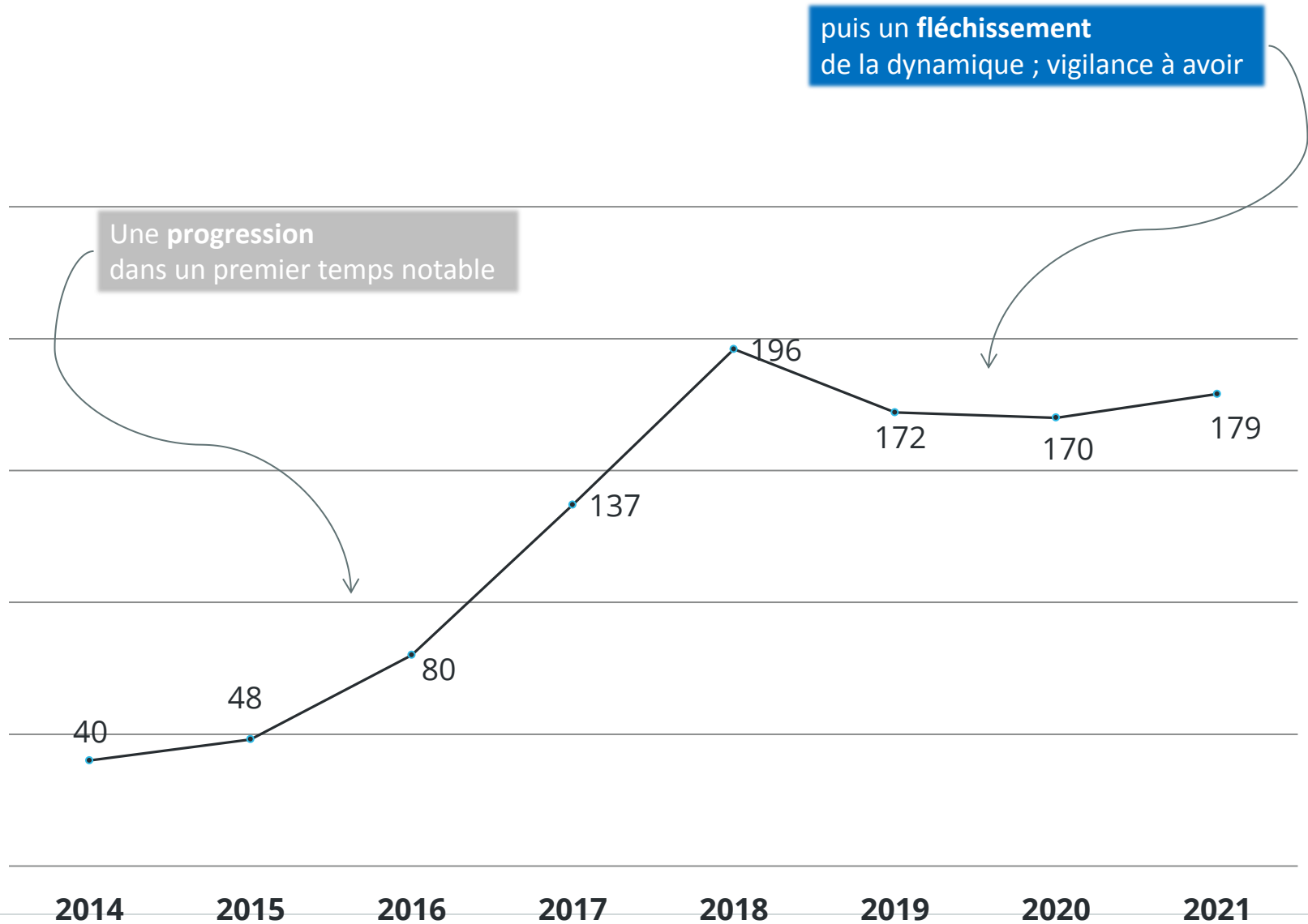
Janvier 2014
Groupe de travail CME



2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021

De nombreuses actions élaborées par les GH mais aussi institutionnelles





des éléments conjoncturels

- liés au **contexte sanitaire**
- et aux nombreuses **crises** traversées par l'hôpital

des éléments structurels

- impliquant les **CGRAS**
avec 0 % à 100 % de temps « dédié »
et une mission menée sur 1 à 3 établissements
- impliquant les **directions qualité**
parfois en difficulté de ressources
également bousculées par la « gestion de crise »
- impliquant les **comités qualité**
restructurations difficiles liées au regroupement des GHU

puis un **fléchissement**
de la dynamique ; vigilance à avoir

des obstacles connus

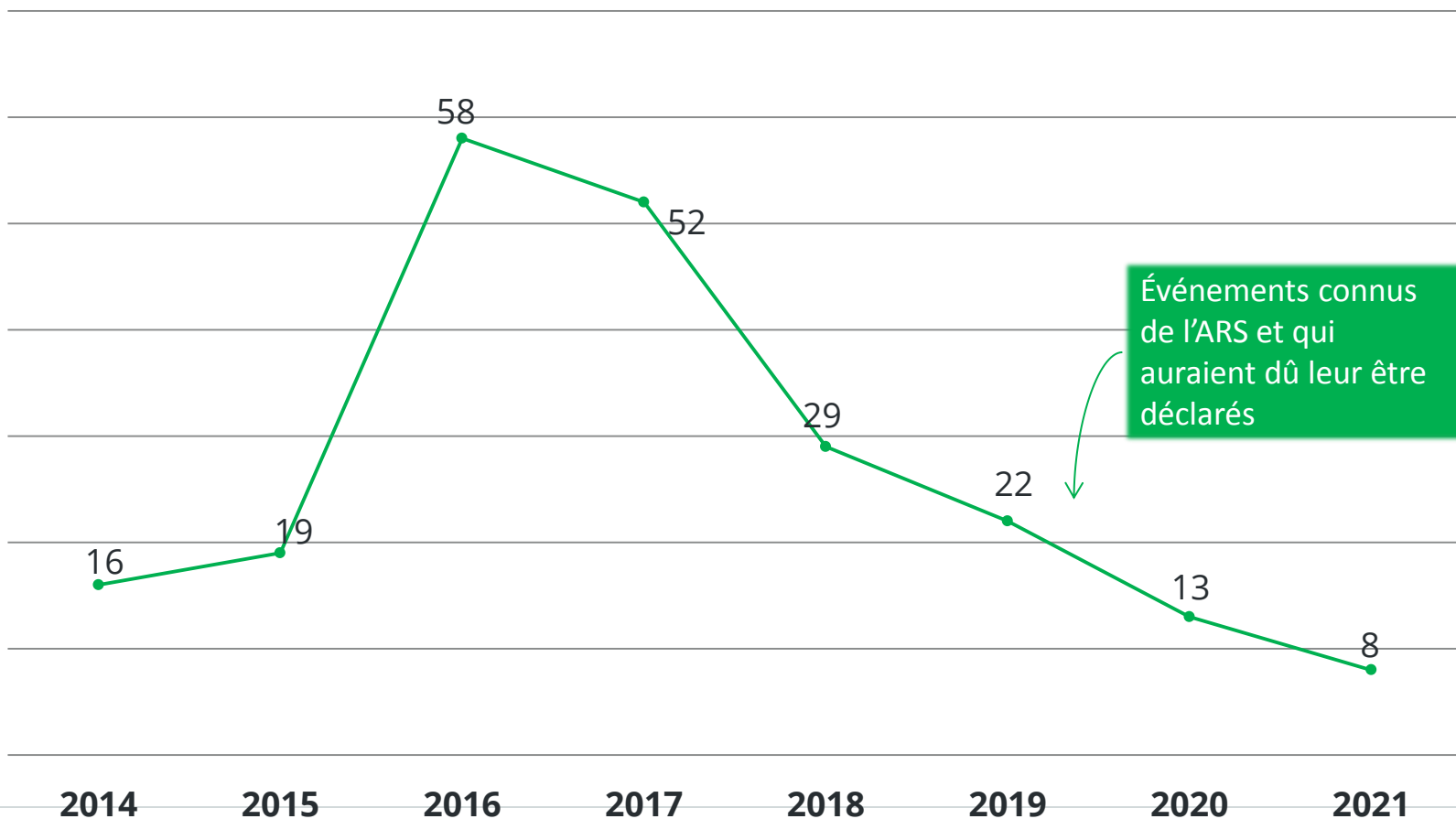
Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines?

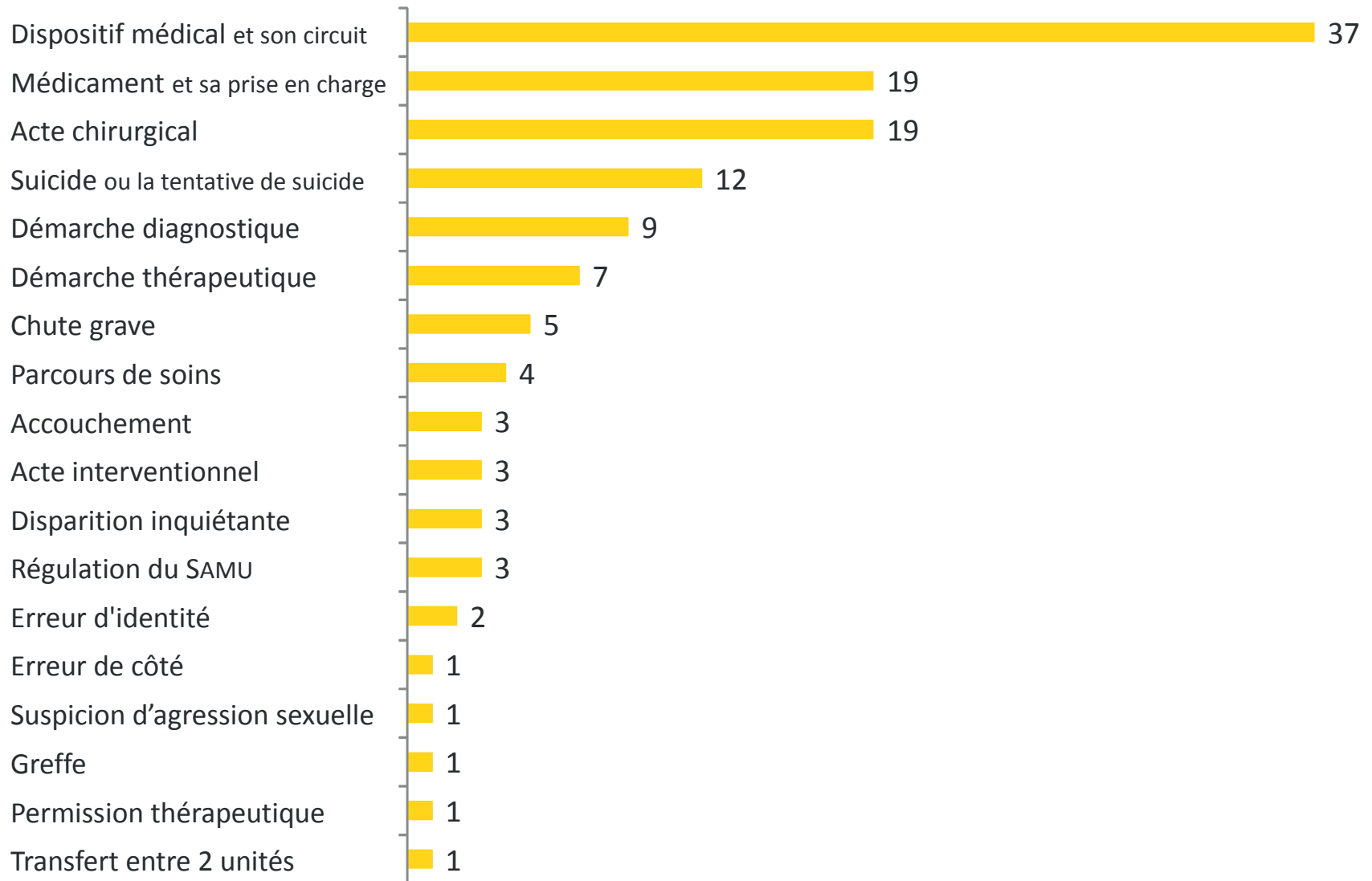
A Framework for Improvement

Cabana *et al.* JAMA 1999

- manque de **temps**
- manque de **ressources dédiées**
- informations **difficiles à récupérer**
- manque de **formation**
- méconnaissance des **enjeux**
- bénéfiques **peu lisibles**
- **culture sécurité** insuffisante
- **climat de sécurité** psychologique insuffisant
- de **mauvaises expériences passées**

- **crainte** voire une certaine « hostilité »/ ARS





une culture déclaration hétérogène,
peu de déclarations **pour les activités à risques**

- **aucune déclaration dans de nombreux services**
- 13 aux urgences (1 179 028 passages dans 25 services)
- 15 au bloc opératoire (315 579 actes dans 53 blocs)
- 11 en réanimation adulte (36 services)
- 4 en réanimation néonatale/pédiatrique (11 services)
- 3 en gynécologie-obstétrique (37 023 accouchements - 13 maternités)
- 2 en radiologie interventionnelle
- aucun en cardiologie interventionnelle (9 services)
- aucun en neurologie interventionnelle (7 services)

une possible sous évaluation
de l'**impact sur les professionnels**

- **90 % des professionnels impactés accompagnés**
- 21% des ÉIG déclarés « sans impact » quand l'analyse révèle des erreurs de prise en charge
- une hétérogénéité des organisations mises en place dans les GHU

une **annonce d'un dommage** lié aux soins
encore complexe

- **dans 94 % des cas le dommage est annoncé**
- mais peut-être pas toujours de manière complète

Renforcer la culture sécurité

- ➔ **Nouveaux messages forts**
Note DG PCME, plan de communication
- ➔ **Formation par *coaching* de l'encadrement**
médical et paramédical de service
- ➔ Mieux impliquer aussi les **personnels en formation**
(internes...) pour préparer l'avenir
- ➔ Mettre en place un travail avec les **collégiales des spécialités** (notamment **celles à risques**)

Renforcer l'accompagnement des professionnels

- ➔ Mieux organiser **l'accompagnement des professionnels et des équipes** au niveau des GHU (qui fait quoi ?)
- ➔ Mieux prendre en charge notamment **les médecins (et particulièrement les internes)** en impliquant les **CVH**
- ➔ Former aux **facteurs organisationnels et humains**, favoriser les **débriefings à chaud**, **systematiser les analyses et le partage en équipe.**