

Table des matières

1. Introduction	4
1.1. Définition	5
1.2. Contexte du projet	6
1.3. L'analyse des EIAS	7
1.2. Les enjeux de l'analyse des EIAS	7
1.4. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : des structures adaptées à l'étude des EIAS.	8
1.3. Caractéristiques du territoire du Champsaur Valgaudemar	9
1.4. Objectifs	11
2. Matériel et méthodes	12
2.1. Type d'étude	12
2.2. Population étudiée	13
2.3. Grille de repérage	14
2.4. Analyse des EIAS	15
2.5. Analyse des données	17
2.6. Éthique	18
3. Résultats	19
3.1. Données générales	19
3.1.1. Caractéristiques de la population incluse	20
3.1.2. Caractéristiques des GTP	21
3.1.3. Analyse GTP	21
3.2. Fréquence des dysfonctionnements	22
3.3. Dysfonctionnements principaux	23

3.3.1.	Processus de soins	25
3.3.2.	Facteurs techniques	25
3.3.3.	Facteurs humains.....	25
3.3.4.	Facteurs environnementaux	25
3.4.	Dysfonctionnements secondaires	26
3.5.	Dysfonctionnements totaux	28
3.6.	Analyse par la méthode Tempos.....	29
3.7.	Synthèse des résultats	30
4.	Discussion.....	33
4.1.	Limites.....	33
4.2.	Points forts	34
4.3.	Résultats.....	35
4.3.1.	Processus de soins.....	35
4.3.2.	Facteurs techniques	36
4.3.3.	Facteurs humains.....	36
4.3.4.	Facteurs environnementaux	37
4.4.	Ouverture.....	38
5.	Conclusion.....	39
6.	Bibliographie	41
7.	Annexes	45
	Annexe 1 : Grille de repérage	45
	Annexe 2 : grille CADYA	46
	Annexe 3 : Méthode Tempos.....	47
	Annexe 4 : le Swiss Cheese Model de J.Reason.....	48
	Annexe 5 : Exemple DP identifiés.....	49
	Annexe 6 : exemple d'analyse EIAS à l'aide de la grille CADYA couplé à la méthode tempos :	51
8.	Liste des abréviations.....	54

1. Introduction

Les soins primaires sont essentiels à la prise en charge du patient et sont très majoritairement dispensés par les médecins généralistes. Ils sont devenus de plus en plus complexes du fait de l'organisation des soins, de la diminution des durées d'hospitalisation, de la charge administrative croissante ainsi que la complexité des soins dispensés. Par conséquent, les médecins généralistes sont exposés à un risque accru d'Évènement Indésirable Associé aux Soins (EIAS). Depuis plusieurs années, la sécurité et la qualité des soins sont une priorité de santé publique (1).

En France, l'étude des EIAS en soins primaires est beaucoup moins développée qu'en milieu hospitalier, la déclaration et l'analyse ne font pas parties de la pratique courante du médecin généraliste. Les études ENEIS (Enquête Nationale sur les Évènements Indésirables associés aux Soins) en 2004 et 2009 (2) ont permis de mettre en lumière la fréquence des hospitalisations dues aux EIAS dans le secteur extrahospitalier mais sans pouvoir en connaître les causes. Par la suite, l'étude EVISA (Les Évènements Indésirables Liés aux soins Extrahospitaliers) (3) a tenté de rechercher les causes des Évènements Indésirables Graves (EIG) survenus en extra hospitalier. Mais les résultats de ce travail étaient biaisés par le recrutement de patients hospitalisés, ayant de ce fait été victimes d'évènements plus graves et donc probablement plus rares que ceux pouvant survenir en cabinet de médecine générale.

En 2012, une revue de la littérature a été conduite en France dans le cadre de l'étude ESPRIT (Étude nationale en Soins Primaires sur les Évènements en Soins PRimaire) (4). Elle avait pour objectif principal d'estimer la fréquence des EIAS en soins primaires, et comme objectifs secondaires d'identifier les définitions, les taxonomies, et les modalités de recueil utilisées dans les études épidémiologiques étrangères, et ainsi rechercher la définition de l'EIAS et la taxonomie les plus adaptées au contexte français.

1.1. Définition

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la qualité du soin comme la capacité à « *garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques [...] lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains...* » (5). Pour évaluer la qualité des soins plusieurs dimensions entrent en compte : l'efficacité, la sécurité, la réactivité, l'efficience, et l'accès/l'équité (6).

La sécurité du soin est définie par la capacité d'empêcher ou d'éviter les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent du processus des soins eux-mêmes (7).

Avant 2006, il existait une multitude de définitions différentes de l'EIAS (8). L'OMS a défini en 2007 un EIAS comme « *un évènement ou une circonstance associé(e) aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau* » (9). Cet évènement peut être consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Il s'écarte des résultats escomptés et n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie. Cette définition est valable aussi bien au sein des établissements de santé qu'en dehors de ceux-ci (10). L'évènement indésirable associé aux soins s'inscrit dans une perspective systémique dans laquelle l'erreur humaine n'est qu'une composante parmi d'autres et il traduit la conséquence de la défaillance du système (11).

Un EIAS peut survenir tout au long du parcours de soins du patient, il peut avoir de lourdes conséquences pour celui-ci. On distingue les EIAS inévitables inhérent aux soins, qui se produisent malgré des recommandations et une procédure de soin respectée, des EIAS évitables qui surviennent suite à une « erreur » au cours du processus de soin. L'identification de leur dysfonctionnement apparaît alors essentielle pour améliorer leur compréhension et ainsi éviter leur apparition.

1.2. Contexte du projet

En médecine générale il réside souvent une grande part d'incertitude à la fin d'une consultation (12). Le médecin généraliste est confronté dans son exercice quotidien à de multiples contraintes :

- Il se retrouve face à des troubles de santé au stade précoce de leur évolution. Tous les signes de la maladie peuvent ne pas être encore apparus.
- Ces troubles évolueront rarement vers une maladie.
- Sans plateau technique, le médecin généraliste a des moyens diagnostiques limités.
- Il est amené à prendre des décisions dans un temps court (18 minutes en moyenne).

Par conséquent à l'issue de la consultation, le médecin se trouve bien souvent dans l'incapacité d'avoir une certitude sur l'étiologie des problématiques et sur leur évolution vers une maladie. Pour une majorité des consultations (70 %), il s'agit de situations non caractéristiques d'une maladie, renvoyant de fait à ce que l'on nomme l'incertitude diagnostique (5). S'ajoute à cette incertitude l'augmentation du nombre et de la complexité des soins en ambulatoire observé sur ces dernières années. L'accès aux examens complémentaires (biologie, imagerie, avis spécialisé) n'est pas toujours aisé et de nombreux intermédiaires interviennent dans ce processus. Tous ces constats font de ce contexte un milieu propice à l'analyse des EIAS.

La fréquence des EIAS observés en soins de premier recours peut varier, suivant les études, de 0,004 à 240 pour 1000 consultations (13). L'écart important constaté entre les différents travaux est dû à des méthodes de recueil différentes et à une terminologie (définition et classification) non standardisée. Dans le contexte français, on peut s'appuyer sur les résultats de l'étude ESPRIT, qui est la première étude visant à étudier les EIAS en ambulatoire. Dans cette étude, l'incidence des EIAS était de 22 pour 1000 actes, soit un EIAS tous les deux jours par médecin généraliste (4). Sur les 475 EIAS analysés dans l'étude ESPRIT, 220 EIAS (46 %) étaient en rapport avec des problèmes d'organisation du cabinet. La médecine libérale, et plus particulièrement la médecine générale, du fait de sa complexité dans sa polyvalence et son organisation est exposée au risque d'EIAS.

Une étude récente a repris les données de l'étude ESPRIT, pour les analyser à l'aide de la grille CADYA (14). Les principaux dysfonctionnements totaux (DT) identifiés étaient relatifs aux processus de soins (PC) 35 %, aux facteurs humains (FH) 30 %, à l'environnement de soins 22 % et aux facteurs techniques (FT) 13 %.

1.3. L'analyse des EIAS

L'analyse approfondie ou « analyse systémique » des EIAS a pour objectif la compréhension de leur mode de survenue. Elle recherche tous les éléments organisationnels, techniques et humains en cause (exemple : une insuffisance de communication au sein de l'équipe soignante ou avec le patient, un dysfonctionnement d'un équipement, une erreur humaine ou une insuffisance de formation d'un professionnel). Elle permet ainsi de dépasser la seule réflexion centrée sur un ou des individus.

Cette analyse constitue l'une des quatre étapes d'une démarche de retour d'expérience dont le but est de :

- *Connaître* : identification, collection et documentation des EIAS ;
- *Comprendre* : l'analyse approfondie de l'EIAS ;
- *Agir* : mise en place d'un plan d'action suivi et évalué ;
- *Partager* : communication et partage sur les enseignements de l'analyse afin de permettre la progression des professionnels et de l'organisation.

1.2. Les enjeux de l'analyse des EIAS

Dans un premier temps, les enjeux concernent principalement le patient. En évitant la survenue des EIAS, on améliore ainsi la qualité de soins. En effet, les EIAS peuvent avoir des conséquences importantes sur la santé des patients, mais également sur leur qualité de vie. Les répercussions peuvent être d'ordre physique (incapacité temporaire ou permanente, menace vitale, décès), psycho-affectives (stress, colère, dépression...) ou sociale (isolement).

Dans un second temps, nous savons également que la survenue d'un EIAS peut avoir des répercussions sur le médecin en cause. D'après Éric Galam, l'apparition d'une erreur médicale peut être assimilée à un accident du travail touchant le médecin lui-même et pouvant générer chez lui un sentiment de culpabilité, de dévalorisation et de peur des éventuelles conséquences (15)(16). La pression exercée sur le médecin qui se doit d'être infaillible devant les patients, fait souvent de lui la seconde victime lorsqu'une erreur est commise (17).

D'autres travaux ont pu montrer un impact majeur des EIAS sur la pratique des médecins généralistes, avec notamment des modifications des démarches diagnostiques et thérapeutiques, des

conséquences psychiques parfois importantes, l'induction de démarches formatives ciblées et l'intégration de la dimension médico-légale à leurs pratiques (18).

Il s'agit ici d'apporter quelque chose de constructif à la pratique clinique, l'homme apprend de ses erreurs et de celles des autres, c'est pourquoi la formation de groupe de travail dans l'analyse des EIAS, constitue une base pertinente pour l'amélioration des pratiques en soins primaires.

Pour finir, les EIAS ont également des conséquences sur le plan économique. A l'hôpital, ils seraient responsables d'un surcoût allant de 500 à 20 000 Euros par EIAS, soit environ 700 millions d'Euros estimés en 2007 (19). Dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 15 % des dépenses et des activités des hôpitaux sont attribuables à la prise en charge de problème dus aux manifestations indésirables (20).

Ces surcoûts sont étroitement corrélés avec la durée des séjours et l'intensité des soins. Ces conséquences économiques ne font qu'accentuer le problème croissant des dépenses de santé en France et participent donc à la crise économique justifiant de son intérêt au cœur des problématiques de santé publique.

1.4. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : des structures adaptées à l'étude des EIAS.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont pour rôle de coordonner les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes.

Celles-ci peuvent concerner :

- L'organisation des soins non programmés,
- La coordination ville-hôpital,
- L'attractivité médicale du territoire,
- La coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile.

Les CPTS sont composées de professionnels de santé, regroupés sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier et de second recours et

d'acteurs médico-sociaux et sociaux. Elles ont également une mission de prévention, ainsi que l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Tout cela rend les CPTS attractive pour les professionnels de santé. Par leur exercice coordonné, par leur travail en réseau ainsi que par leurs modalités de fonctionnement, les CPTS constituent des acteurs pertinents pour l'analyse des EIAS en soins primaires.

La structuration de la CPTS du Champsaur-Valgaudemar repose essentiellement sur les trois Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) du territoire ainsi que deux cabinets de montagne.

Les MSP regroupent des équipes pluridisciplinaires de Professionnels de Santé Libéraux (PSL) qui fonctionnent en exercice coordonné et exercent une veille permanente sur les besoins du territoire. Le travail en équipe est également valorisé et permet aux professionnels de santé des MSP de percevoir une rémunération spécifique après validation des projets par l'ARS et la Caisse primaire d'assurance maladie. Il implique une concertation des équipes sur les cas complexes et la mise en place de protocoles pluriprofessionnels. La CPTS du Champsaur-Valgaudemar participe à des réunions de coordination de chaque MSP afin de pouvoir prendre en compte les besoins du terrain et de transmettre les informations du réseau pour uniformiser les pratiques.

1.3. Caractéristiques du territoire du Champsaur Valgaudemar

Le Champsaur-Valgaudemar est un territoire rural de moyenne montagne situé dans le département des Hautes-Alpes, dans la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

Sa superficie s'étend sur 760 km² et compte 11 047 habitants, au dernier recensement de 2012.

Le Champsaur-Valgaudemar est composé d'un canton réparti en 3 secteurs :

- Celui de Saint-Bonnet-en-Champsaur pour le Champsaur
- Celui de Saint-Firmin pour le Valgaudemar
- Et celui d'Orcières pour le Haut-Champsaur

Démographie :

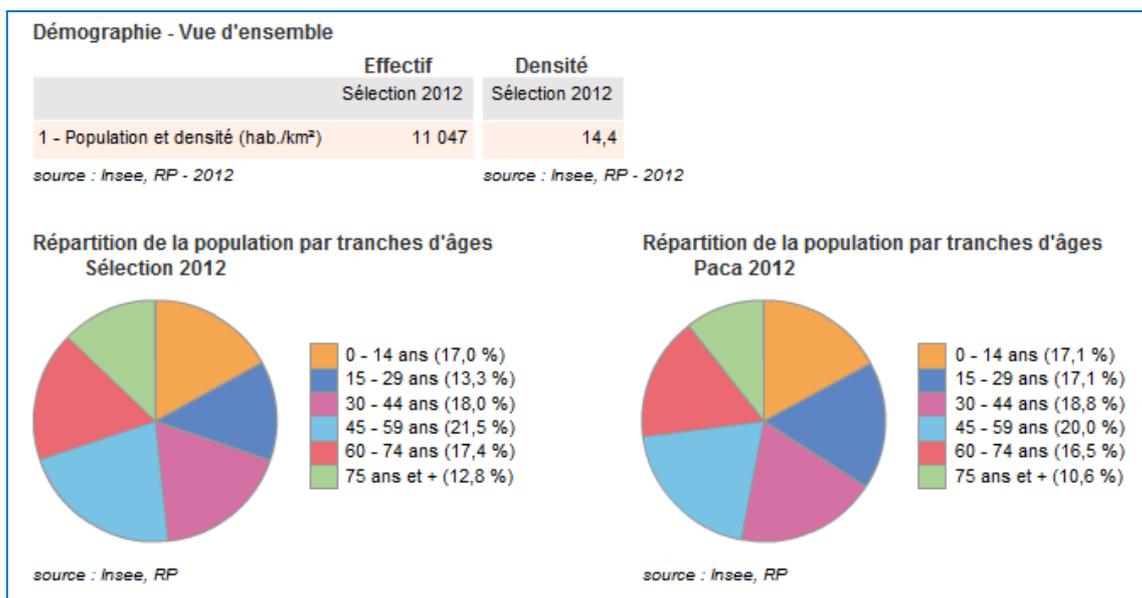


Figure 1 Dans les graphiques suivants, tirés de l'INSEE RP 2012, le terme « sélection » désigne l'ensemble du territoire Champsaur-Valgaudemar

L'évolution de la population du Champsaur-Valgaudemar tend vers le vieillissement. En effet, en 10 ans la part d'habitants se situant dans la tranche d'âge des 45-59 ans et des 75 ans ou plus a augmenté alors que celle des 15-29 ans et des 30-44 ans diminuait.

Comme l'indique le tableau ci-dessous, l'indice de vieillissement du territoire avoisine les 59, contre 46 en région PACA. L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans, plus l'indice est faible plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé plus il est favorable aux personnes âgées.

Démographie - Structure de la population

	Effectif	Taux	
	Sélection 2012	Sélection 2012	Paca 2012
2 - Population < 20 ans (%)	2 405,8	21,8	22,9
3 - Population ≥ 75 ans (%)	1 412,5	12,8	10,6
4 - Indice de vieillissement	58,7	58,7	46

source : Insee, RP - 2012

source : Insee, RP - 2012

Tableau 1 : Démographie de la population du Champsaur Valgaudemar

L'analyse de ce territoire fait ressortir plusieurs particularités, à commencer par un vieillissement considérable de la population, induisant une augmentation constante des besoins de soins.

De plus ce territoire présente une topographie complexe, à l'origine d'un isolement géographique de certains patients. L'importante étendue du territoire impose des trajets longs, rendus parfois plus fastidieux par les conditions météorologiques difficiles en hiver. C'est également un territoire rythmé par la saisonnalité avec une population qui double voire triple en été comme en hiver. Toutes ces caractéristiques rendent le territoire à risque de survenue d'EIAS.

1.4. Objectifs

Le projet *EIAS ChampVal* est une recherche appliquée visant l'amélioration de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins primaires en analysant les EIAS survenant chez la personne âgée fragilisée non dépendante.

L'élaboration de ce travail s'inscrit dans une démarche d'identification des EIAS survenant chez des personnes âgées fragilisées non dépendantes sur un territoire spécifique (Champsaur Valgaudemar) et sur la mise en place d'un dispositif pluriprofessionnel d'analyse des EIAS visant la rédaction de préconisations.

Plus spécifiquement, ce travail a pour but :

1. D'étudier la faisabilité d'un dispositif visant à identifier les personnes âgées fragilisées non dépendantes vivant dans le Champsaur Valgaudemar.
2. D'identifier et analyser des EIAS survenant dans cette population.
3. De formuler des préconisations pour la prévention des EIAS.

2. Matériel et méthodes

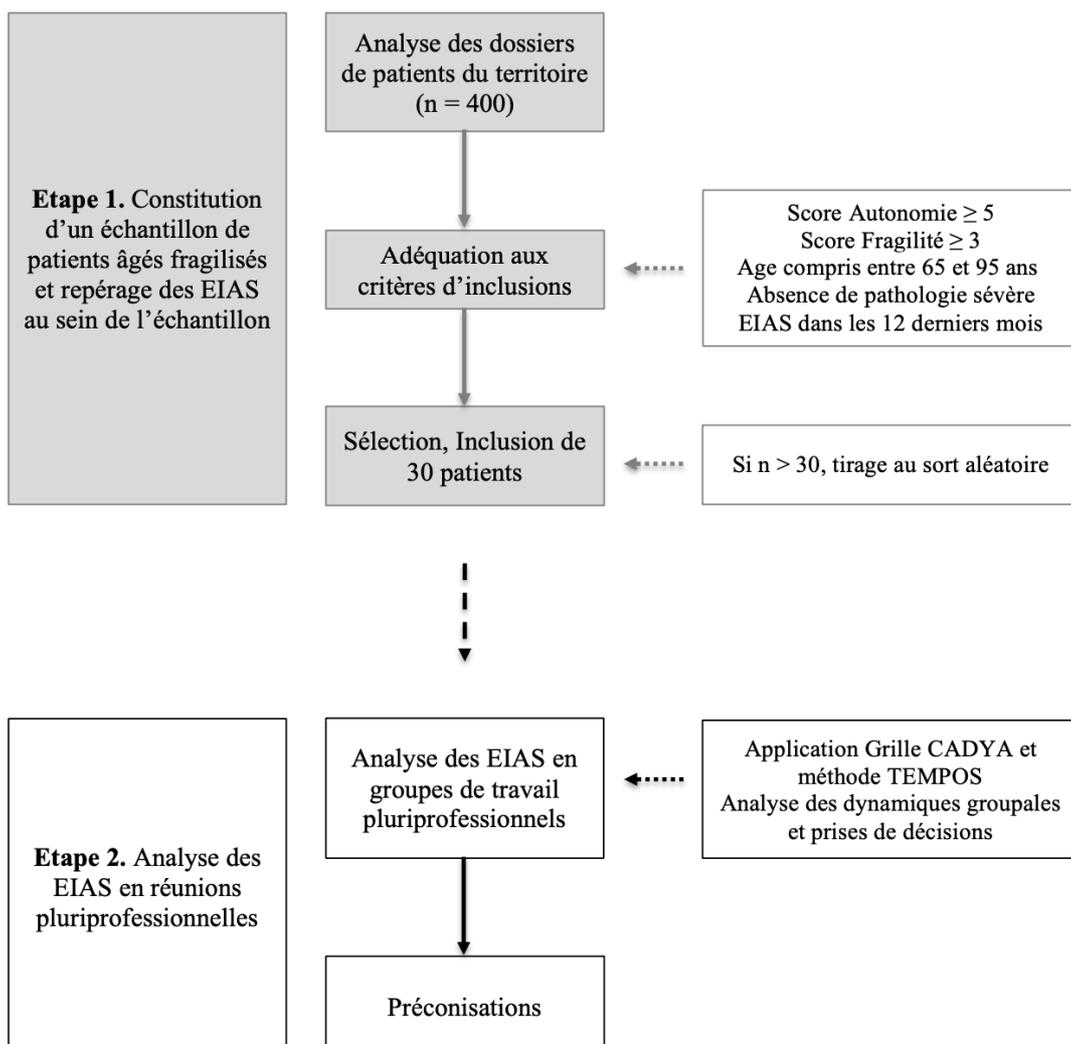
2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude non interventionnelle à visée descriptive et appliquée comprenant deux étapes complémentaires.

La première consiste en la création d'un échantillon de patients âgés fragilisés non dépendants et le repérage des EIAS au sein de l'échantillon de patients constitué.

La seconde correspond à un travail en réunion pluriprofessionnelle sur l'analyse d'EIAS dans l'objectif d'émettre des préconisations.

Schéma 1 : Présentation générale des deux étapes de l'étude *EIAS ChampVal*



2.2. Population étudiée

Le Champsaur Valgaudemar est un territoire où l'indice de vieillissement de la population est élevé (59), où la population vieillissante est particulièrement vulnérable par leur isolement socio démographique et leur fragilité, c'est pourquoi cette étude s'intéresse aux personnes âgées fragilisées. Il s'agit d'une population ayant un risque accru d'EIAS, du fait de leur polymédication et de leurs pathologies souvent associées. De plus la fragilité est souvent un état qui peut basculer vers la dépendance, d'où la nécessité de repérer et d'éviter la survenue d'EIAS dans cette population vulnérable.

Les critères d'inclusion concernent les deux premières étapes du projet : la constitution d'un échantillon de patients âgés fragilisés et le repérage des EIAS au sein de cet échantillon.

Critères d'inclusion :

- Patients âgés de 65 ans à 95 ans ;
- Score à l'échelle de fragilité (critères de Fried) ≥ 3 ;
- Score à l'échelle d'autonomie (ADL) ≥ 5 ;
- Avoir eu un EIAS non graves au cours des douze derniers mois
- Absence de pathologie sévère avec perte d'autonomie (Accident vasculaire cérébral (AVC), dépression sévère, démence, etc.).

Critères d'exclusion :

- Age < 65 ans ou > 95 ans
- Score à l'échelle de fragilité (critères de Fried) < 3 ;
- Score à l'échelle d'autonomie (ADL) < 5 ;
- Absence d'EIAS au cours des douze derniers mois ;
- Évènement indésirable grave ayant entraîné le décès du patient ;
- Présence d'une pathologie sévère avec perte d'autonomie (AVC, dépression sévère, démence, etc.).

On estime la fréquence des EIAS à 22 pour 1000 actes (4). Un patient consulte en moyenne quatre fois par an. Il faudrait donc inclure environ 400 patients pour pouvoir identifier 30 EIAS, soit le nombre d'EIAS attendu dans le cadre de cette étude pour permettre une analyse diversifiée lors des réunions pluriprofessionnelle (étape 2 du projet). Si lors de cette étape, le nombre d'EIAS est supérieur à 30, nous effectuerons un tirage au sort aléatoire pour conserver 30 cas. Les 30 EIAS retenus pour l'analyse en réunion pluriprofessionnelle seront randomisés pour être répartis entre les différents médecins du territoire participants aux réunions.

2.3. Grille de repérage

La grille de repérage (Annexe 1) a été distribuée aux médecins et infirmiers des trois MSP ainsi qu'aux responsables de l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR), de l'association Bien chez-soi, le Service de Soins Infirmier à Domicile (SSIAD) et de la Plateforme Territorial d'Appuie (PTA). Les grilles ont été remplies dans le cadre de l'activité des professionnels de santé (exemple : au domicile du patient à la suite d'une consultation pour les médecins, par consultation des dossiers des bénéficiaires des activités de soins pour les associations). Le repérage des patients s'est effectué sur une période de trois mois, de juillet 2019 à octobre 2019.

La grille d'identification comporte deux échelles spécifiques (l'échelle d'évaluation de la fragilité et l'échelle d'évaluation de l'autonomie), le recueil de données sociodémographiques (âge et sexe) et professionnelles (médecin traitant), et l'identification des EIAS.

Pour chaque patient, les professionnels de santé ont indiqué la présence éventuelle d'un EIAS lors des douze derniers mois. Trois modalités de réponses étaient proposées : *non*, *oui* et *nsp* (ne sait pas). En cas de doute relatif à la présence d'un EIAS, les professionnels de santé ont pu se référer à la vidéo de formation en ligne (<http://esprit.openrome.org/video>) développée dans le cadre de l'étude ESPRIT (4). Par ailleurs, dans un souci d'homogénéité des niveaux de connaissances et d'application d'une même définition des EIAS, une formation avec visionnage de cette vidéo par chaque partenaire a été réalisé avant le début de l'étude. En cas de réponse *oui* ou *nsp*, une procédure de validation de l'EIAS a été mise en œuvre. Cette procédure consiste en la validation de l'EIAS par deux experts : Dr Jeanblanc, gériatre au centre hospitalier de Gap et Mme Maëva Lignereux, Interne en médecine générale.

Les 2 échelles utilisées dans cette étude sont :

Échelle d'évaluation de la fragilité : le terme de fragilité est proposé en gériatrie pour définir la conséquence clinique du déclin de fonctions physiologiques au cours du vieillissement (22). La fragilité est un syndrome physiologique caractérisé par une réduction des réserves et de la résistance aux facteurs stressants, qui résulte d'un déclin cumulatif de multiples systèmes physiologiques et qui cause une vulnérabilité aux effets nocifs (23). Dans notre étude, la fragilité est définie selon les cinq critères de Fried (24) : perte de poids involontaire depuis un an (supérieur à 5 %), épuisement ressenti par le patient, vitesse de marche ralentie, baisse de la force musculaire, activités physiques réduites. La somme des critères permet l'identification de trois états facilement repérables : (1) non fragile (pas de critère) ; (2) pré-fragile ou intermédiaire (1 à 2 critères) ; (3) fragile (3 ou plus).

Échelle d'évaluation de l'autonomie : L'évaluation de l'autonomie s'effectue à l'aide de la grille Activities of Daily Living (ADL) de Katz (25) qui évalue l'autonomie pour les activités basales de la vie quotidienne. L'échelle ADL est une échelle reproductible, simple et de passation rapide pour mesurer le statut fonctionnel des individus. C'est une échelle de six points (allant de 0 à 6, le score le plus bas identifiant le patient le plus dépendant), mesurant la dépendance pour 6 activités basiques de la vie quotidienne (hygiène corporelle, habillage, toilettes, locomotion, continence, repas). Un score de 6 indique une fonction complète, un score de 4 une altération modérée et un score de 2 ou moins une altération fonctionnelle grave.

2.4. Analyse des EIAS

A la suite de l'identification des EIAS auprès de la population cible, des Groupes de Travail Pluriprofessionnels (GTP) ont été mis en place. Chaque GTP était composé du médecin traitant, des aides à domicile (ADMR, SSIAD, Association « Bien chez soi ») et de l'infirmière intervenant à domicile et/ou le kinésithérapeute et/ou le pharmacien et/ou l'ergothérapeute si possible. Les groupes devaient comporter un minimum de quatre personnes avec présence obligatoire du médecin traitant. Un même GTP pouvait travailler à l'analyse de plusieurs EIAS si les patients concernés avaient le même médecin traitant. Les GTP se sont déroulés dans les trois MSP du territoire.

L'analyse des EIAS repose sur une Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM). Il s'agit d'une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients ainsi que la sécurité

des soins (26). Une RMM a été réalisée pour chaque patient inclus. Les RMM constituent l'un des objectifs des maisons de santé, leur réalisation s'inscrit dans les recommandations qui s'appliquent aux MSP.

Les RMM ont été réalisées à partir de l'approche combinée de deux méthodes : la catégorisation des dysfonctionnements en ambulatoire avec la Grille Cadya (27) et la méthode Tempos (28) pour la classification des EIAS. Ces deux méthodes donnent un cadre à l'analyse des EIAS en proposant des classifications qui explorent autant de dimensions nécessaires au sein d'un groupe d'analyse d'EIAS.

La Grille CADYA (catégorisation des dysfonctionnements en ambulatoire ; cf. Annexe 2) : cette grille permet de caractériser un EIAS par les dysfonctionnements sous-jacents concourant à sa survenue. Plus qu'une typologie de l'erreur (comme la TAPS *taxonomy*), elle permet aux soignants de cibler les actions correctives à mettre en œuvre et se prête particulièrement à un usage pédagogique. Réduite à quatre dimensions principales, elle se distingue par son caractère transversal et pluriprofessionnel. Elle s'inscrit en complémentarité de la méthode des Tempos, en explorant plus précisément les processus relatifs à la décision médicale et à sa réalisation.

La Méthode Tempos (cf. Annexe 3) : Cette méthode privilégie le temps comme critère de classification des événements en mettant en avant que le temps est à la fois un « prédicteur » constant des erreurs en médecine générale et un élément qui a du sens pour les médecins. La classification est structurée en cinq catégories : le tempo de la maladie et du traitement, le tempo du médecin, le tempo du cabinet, le tempo du patient et le tempo du système médical. Chaque tempo est décliné en deux ou trois types de dysfonctionnements à identifier et à contrôler également dans un créneau de temps. Le médecin, comme un chef d'orchestre, doit prendre en compte de façon synchrone l'ensemble des tempos afin de maîtriser le parcours de chaque patient tout en contrôlant l'activité globale du cabinet et en ménageant son propre équilibre physique et mental (le temps est en effet un fort contributeur à la fatigue et au *burnout*). Chaque fois qu'un tempo particulier est privilégié, on assiste à une dégradation des autres éléments car les risques s'échangent (effet domino du risque lié à la maîtrise du temps).

2.5. Analyse des données

L'analyse des données s'est effectuée en 3 étapes :

Étape 1 : Constitution d'un échantillon de patients âgés fragilisés et repérage des EIAS au sein de l'échantillon

- Recueil des grilles, les données ont été anonymisées.
- Analyse des données épidémiologiques.
- Inclusion des patients, recueil des EIAS auprès des médecins.
- Validation des EIAS.

Étape 2. : Analyse des EIAS en réunion pluriprofessionnelle

Pour cette étape la méthode utilisée est la suivante : pour l'analyse des causes profondes des EIAS, nous avons réalisé une analyse descriptive selon les items de la grille CADYA couplée à la méthode Tempos avec calcul de la fréquence des dysfonctionnements. Nous avons identifié un dysfonctionnement principal (DP) et un dysfonctionnement secondaire (DS) lorsqu'il existe. Ensuite nous avons calculé la fréquence des dysfonctionnements totaux (DT) (dysfonctionnement principal + dysfonctionnement secondaire). Et enfin, nous avons repéré un Tempos prédictif d'erreur.

Étape 3 : Formuler des préconisations pour la prévention des EIAS

Après avoir analysé les causes profondes des EIAS, nous pourrions formuler des préconisations sur les principaux axes de travail afin d'améliorer la sécurité et la qualité des soins sur le territoire du Champsaur Valgaudemar. Les préconisations pourront ainsi servir de base de travail pour la mise en place de protocole sur le territoire.

2.6. Éthique

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'une recherche non interventionnelle (catégorie 3) au sens de l'article L.1121-1 alinéa 3. Il est soumis au nouveau dispositif réglementaire qui s'applique aux recherches « impliquant la personne humaine », à savoir la loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (dite loi Jardé) telle que modifiée par l'ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016, et ses décrets d'application.

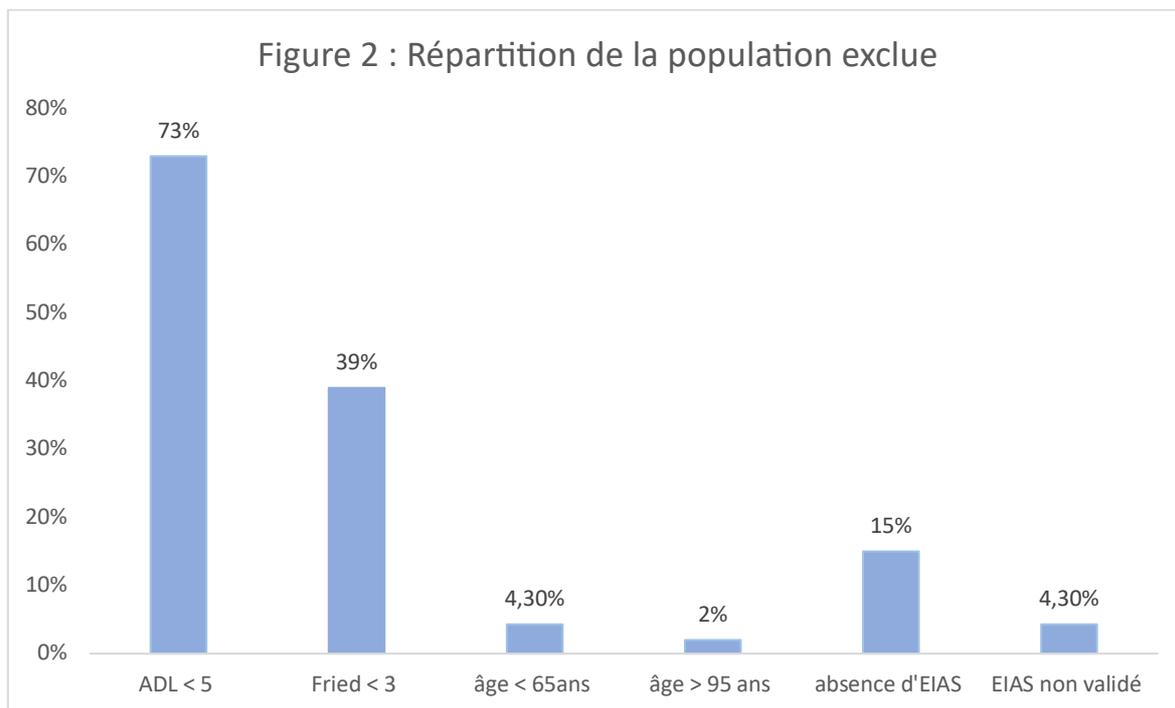
Une notice d'information a été distribuée aux soignants. Elle a été rédigée conformément aux recommandations réglementaires, rappelant notamment l'objectif de l'étude, les bénéfices et les risques liés à celle-ci, son déroulement et l'ensemble des dispositions légales auquel les soignants ont droit.

3. Résultats

3.1. Données générales

Au total 62 fiches d'inclusions ont été remplies, principalement par l'organisme de Bien chez soi ainsi que par les médecins généralistes des trois MSP. Sur les 62 fiches, 16 patients remplissaient les critères d'inclusion. Le principal critère d'exclusion est un score d'ADL < 5 (75 %), c'est-à-dire des patients dépendant pour la plupart des actes de la vie quotidienne.

La distribution de la population exclue est décrite dans la figure 2.

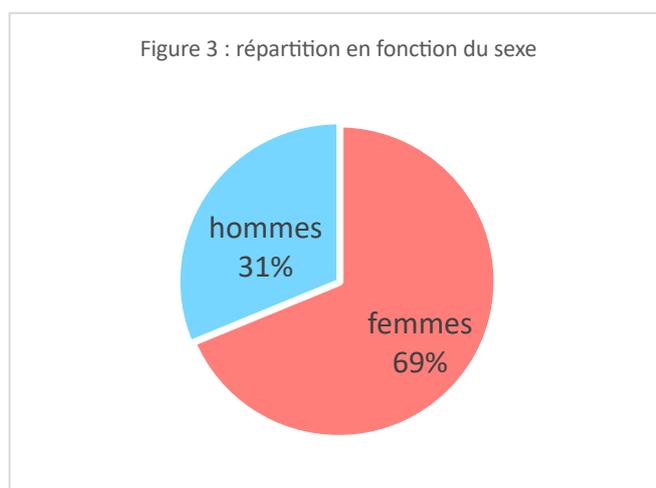


Parmi la population incluse, l'EIAS a été recueilli auprès des médecins généralistes après étude de leur dossier médical de manière rétrospective. Seuls les EIAS survenus en 2019 ont été retenus.

L'analyse des EI s'est faite en petits groupes auprès des intervenants du patient. Pour l'analyse des données issues de ces groupes, il a été décidé d'identifier un DP et un DS si celui-ci paraissait pertinent (14). Ces dysfonctionnements identifiés ont été regroupés en dysfonctionnement totaux (DT) pour calculer leur fréquence de survenue. Enfin un classement complémentaire par la méthode Tempos été réalisé.

3.1.1. Caractéristiques de la population incluse

Plus de la moitié de la population étudiée étaient des femmes (69 %) contre 31 % d'hommes. Ils étaient âgés de 65 à 95 ans.



3.1.2. Caractéristiques des GTP

Pour l'analyse des EIAS en groupe de travail, le médecin traitant était présent dans tous les GTP, les aides à domicile intervenant auprès des patients dans 100% des cas (Bien chez soi, ou ADMR), et les IDE seulement dans 12,5 % des cas. Les pharmaciens ont pu être présents dans 100 % des cas. Aucun EIAS n'a nécessité la présence des kinésithérapeutes ou d'ergothérapeutes.

La synchronisation des emplois du temps et le manque de disponibilité des intervenants ont rendu difficile la réunion de tous les acteurs. Les différents intervenants n'étant pas tous inclus dans les maisons de santé (infirmière de cabinets libéraux notamment).

3.1.3. Analyse GTP

Il n'y a pas eu d'obstacle à l'analyse des EIAS. Les équipes ont toutes participées aussi bien dans le recrutement que dans l'analyse. Elles ont notifié leur désir de procéder à nouveau à ce type de réunion pluridisciplinaire. Elles ont pu exprimer que c'était un bon format de communication entre les différents acteurs de soins. Cela a permis de mettre en lumière les différentes contraintes des acteurs de soins, d'ouvrir une communication et de pouvoir échanger sur les éventuelles actions correctives collectives à mettre en place.

La grille CADYA a permis d'explorer toutes les dimensions autour du patient grâce à sa transversalité et d'inclure tous les professionnels à la discussion.

3.2. Fréquence des dysfonctionnements

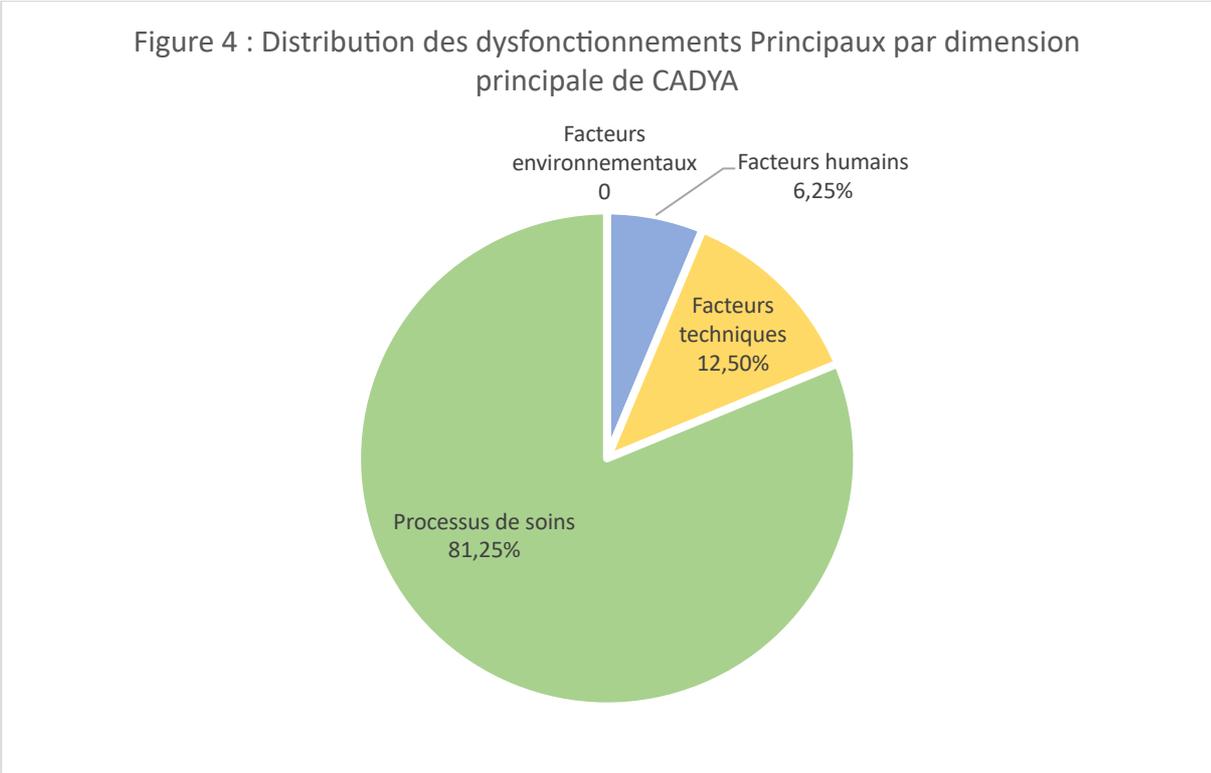
Le tableau 2 décrit les dysfonctionnements des 16 EIAS identifiés par les équipes dans la grille CADYA.

Tableau 2 : Dysfonctionnement principal (DP), secondaire (DS) et totaux (DT) par dimensions de CADYA

Dimensions de la grille CADYA	DP n (% des DP)	DS n (% des DS)	DT n (% des DT)
Facteurs Environnementaux (FE)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Contexte Social	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Contexte d'action de soins	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Acte non programmé	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lieu de prise en charge	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Gestion de la charge de travail	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Élément perturbateur contextuel	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Système de santé	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Offre de soins	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Aspects financiers ou administratifs	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Facteurs Humains (FH)	1 (6,25)	5 (38,5)	6 (20,6)
Lié au patient	1 (6,25)	4 (30,8)	5 (17,2)
Lié au soignant	0 (0)	1 (6,25)	1 (3,4)
Lié aux autres soignants	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lié à un tiers	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Facteurs Techniques (FT)	2 (12,5)	6 (46,1)	8 (27,6)
Facteurs matériel	0 (0)	2 (15,4)	2 (6,9)
Panne ou indisponibilité	0 (0)	1 (7,7)	1 (3,4)
Défaut d'utilisation	0 (0)	1 (7,7)	1 (3,4)
Système d'information	2 (12,5)	4 (30,8)	6 (20,6)
Donnée erronée ou manquante	1 (6,25)	1 (7,7)	2 (6,9)
Défaillance du système de communication	1 (6,25)	3 (23)	4 (13,8)
Processus de soins (PC)	13 (81,25)	2 (15,4)	15 (52)
Aspects cognitifs	4 (25)	0 (0)	4 (13,8)
Défaut de formation	3 (18,75)	0 (0)	3 (10)
Défaut de restitution	1 (6,25)	0 (0)	1 (3,4)
Défaut de synthèse	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Procédure de soins	1 (6,25)	2 (15,4)	3 (10)
Non réalisée ou de manière inadaptée	1 (6,25)	0 (0)	1 (3,4)
Absence de protocole	0 (0)	2 (15,4)	2 (7)
Coordination des soins	8 (50)	0 (0)	8 (27,5)
Défaut de communication	6 (37,5)	0 (0)	6 (20,6)
Suivi absent ou inadapté	2 (12,5)	0 (0)	2 (6,9)
Absence de rétroaction	0 (0)	0 (0)	0 (0)
TOTAL	16 (100)	13 (100)	29 (100)

3.3. Dysfonctionnements principaux

La figure 4 représente les principaux DP par dimension principale de la grille CADYA.



La figure 5 décrit la répartition des dysfonctionnements principaux par sous-catégories.

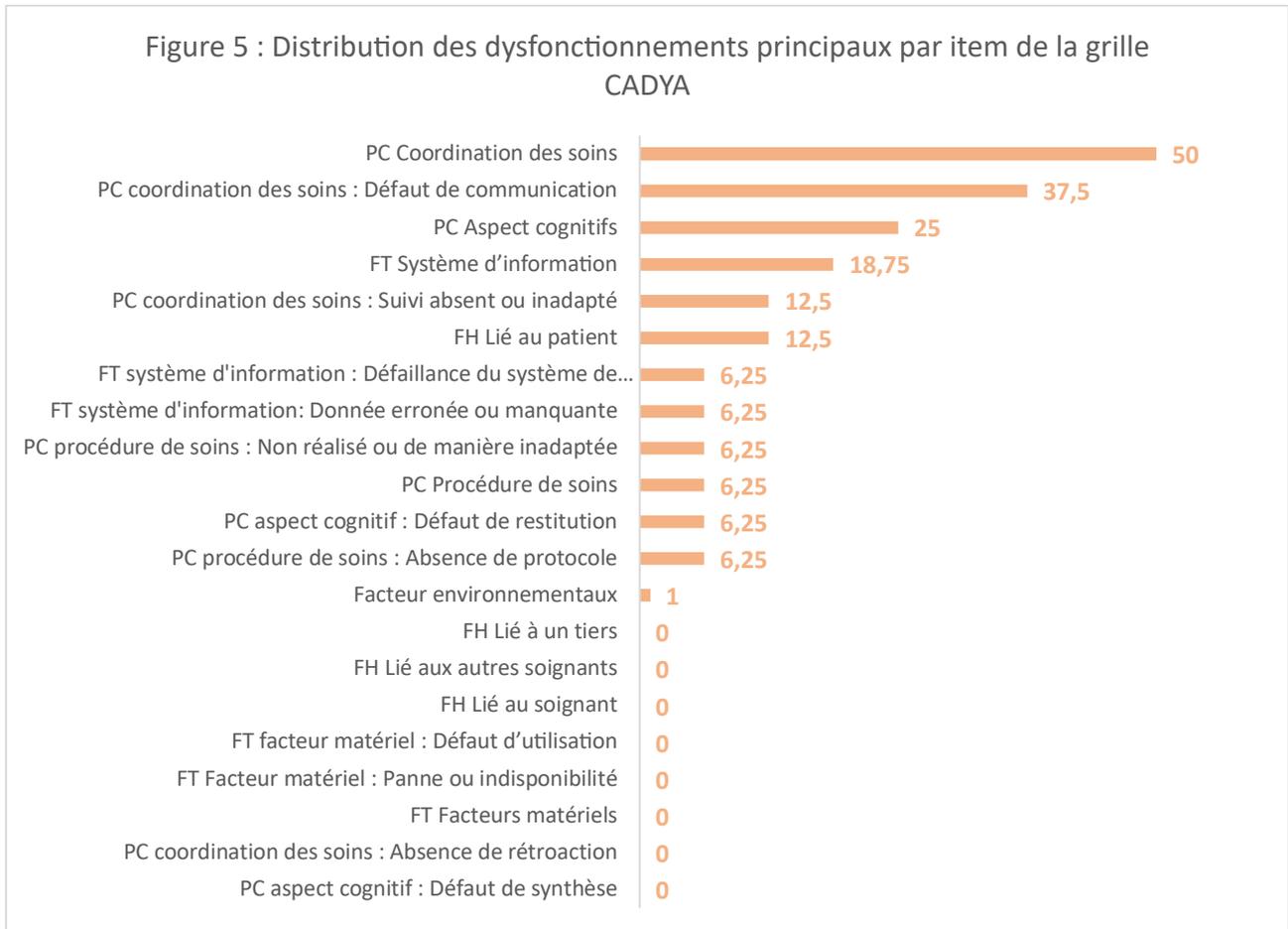


Figure 5 : FT (facteurs techniques), PC (processus de soins) FH (facteurs humains)

3.3.1. Processus de soins

Les DP liés au processus de soins (81,25 %, n=13) sont prédominants. La moitié est représentée par la coordination des soins (50 %) suivis des aspects cognitifs (25 % dont 18,4 % relatifs à un défaut de formation des soignants) et enfin des procédures de soins non réalisées ou inadaptées (6,5 %).

Dans la coordination des soins les défauts de communication (37,5 %, n=8) sont majoritaires. Il en résultait principalement de la communication entre les soignants, et la notion de perte d'information.

3.3.2. Facteurs techniques

Les facteurs techniques représentent 12,5 % (n=2) des DP, essentiellement sur le système d'information (12,5 %) répartis de manière égale entre les données erronées ou manquante et le système de communication.

3.3.3. Facteurs humains

Un DP lié au facteur humain a été identifié et est lié au patient lui-même (6,25 %, n=1)). Il s'agissait ici d'un retard de consultation de la part du patient.

3.3.4. Facteurs environnementaux

Il n'a pas été retrouvé de DP lié aux facteurs environnementaux dans cette étude.

3.4. Dysfonctionnements secondaires

Concernant les dysfonctionnements secondaires, 13 ont été identifiés. Ils sont principalement représentés par les facteurs techniques (46,10 %, n=6) et plus d'un tiers par les facteurs humains (38,5 %, n=5). Parmi les Facteurs humains, 30,8 % étaient liés au patient, et 7,7 % liés au soignant. De nouveau, une grande part des DS était lié à une défaillance du système d'information (30,8 %) dont 23 % dû à une défaillance du système de communication et 7,7 % à des données erronées ou manquantes.

Les processus de soins représentent 15,4 % des DS et l'accent est porté sur l'absence de protocole exclusivement (15,4 %).

Il n'a pas été mis en évidence de DS causé par des facteurs environnementaux.

Figure 6 : Distribution des dysfonctionnements secondaires par dimension principale de CADYA

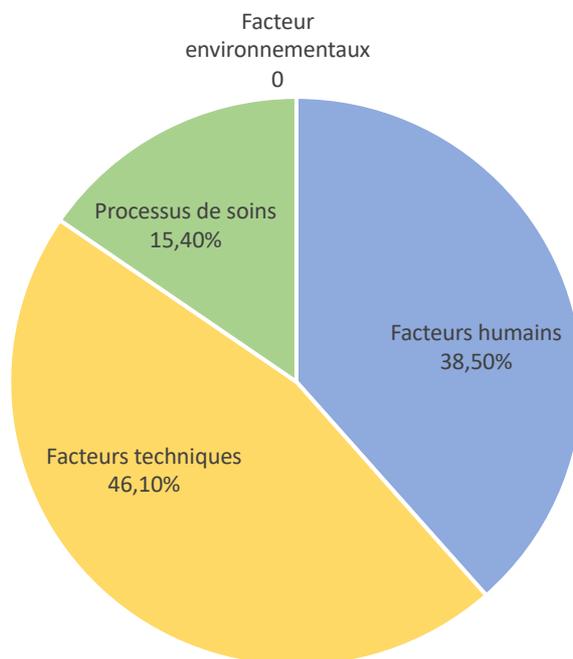
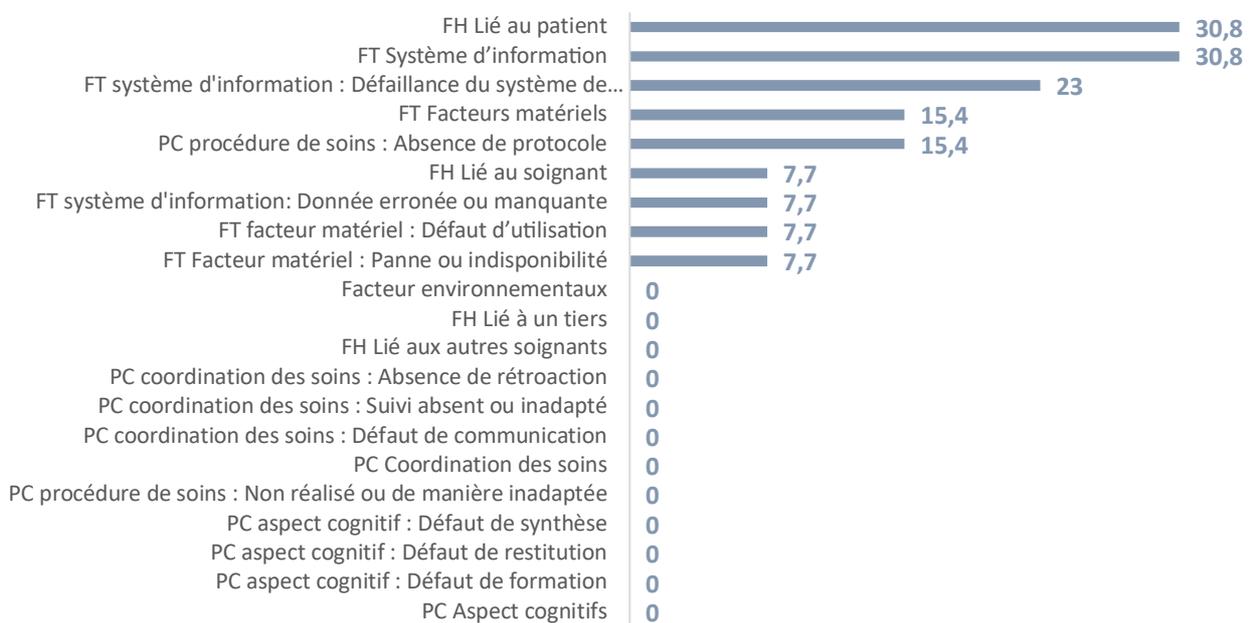


Figure 6 : Distribution des dysfonctionnements secondaires par item de la grille CADYA



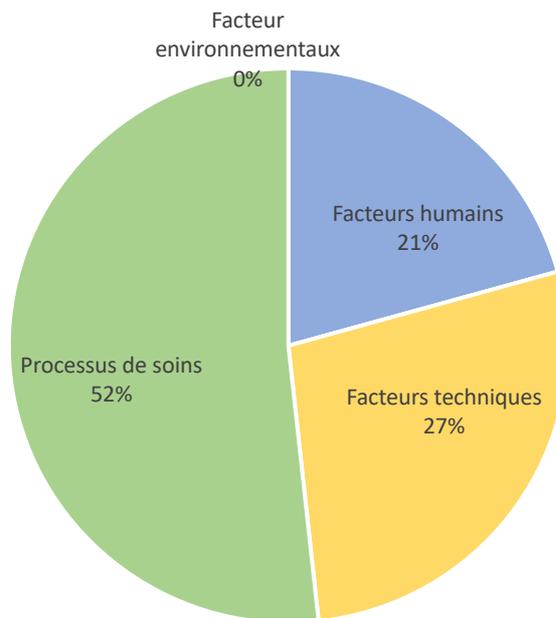
PC (Processus de soins), FT (facteurs techniques), FH (facteurs humains)

3.5. Dysfonctionnements totaux

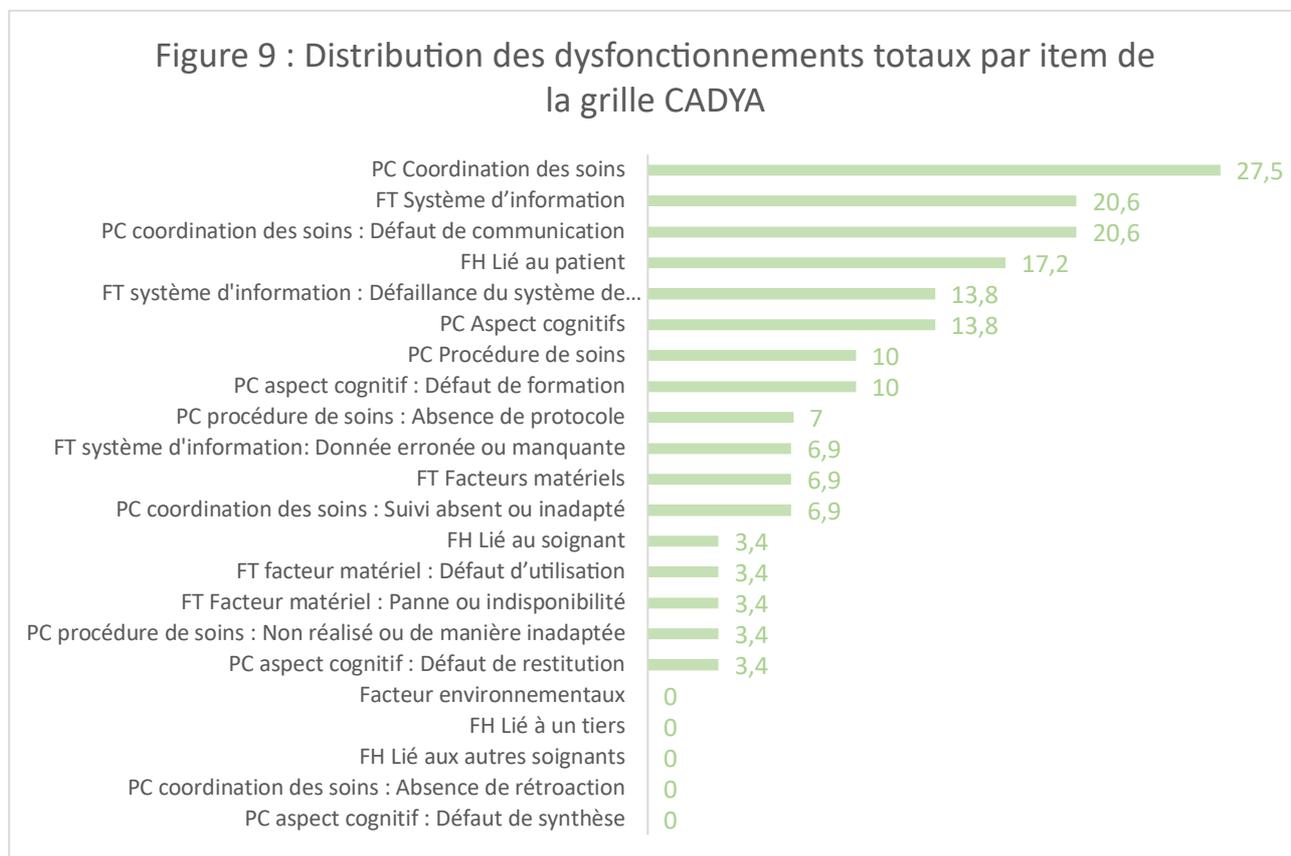
La figure 8 montre la répartition des principales dimensions des dysfonctionnements totaux (principaux + secondaires).

Les processus de soins représentent plus de la moitié des DT (52 %, n=15), puis les facteurs techniques (27,6 %, n=8) et les facteurs humains (20,6 %, n=6). Sans mise en évidence de facteurs environnementaux.

Figure 8 : Distribution des dysfonctionnements totaux par dimension principale de CADYA



La figure 9 met en évidence les sous-catégories de la grille CADYA des DT. Parmi les DT, la coordination des soins (processus de soins) est la principale cause mise en avant (27,5 %), suivi à part égale du système d'information (20,7 %) (FT) et du défaut de communication (20,7 %) (PC).



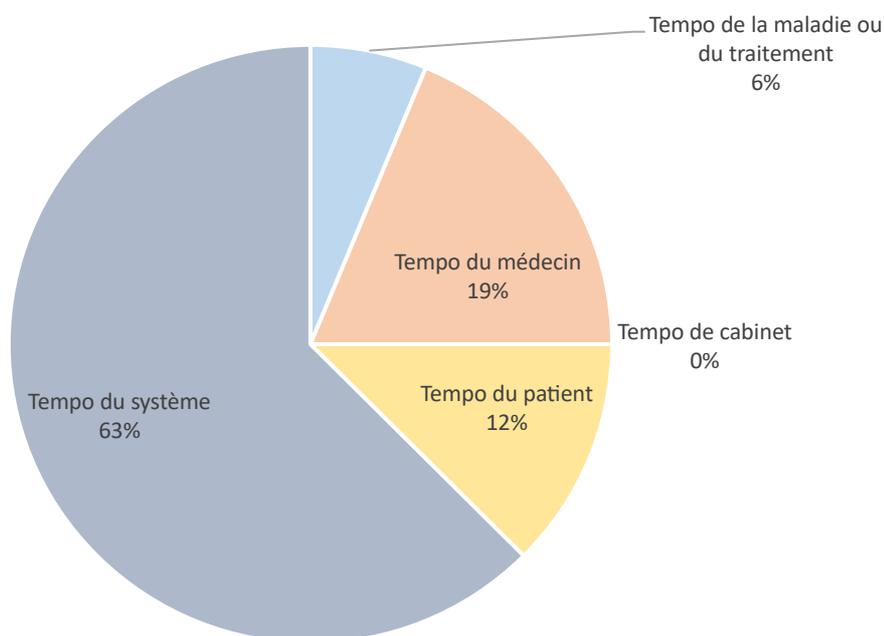
3.6. Analyse par la méthode Tempos

La Figure 10 représente la répartition des EIAS catégorisés par la méthode Tempos.

Plus de la moitié des EIAS identifiés est due au Tempos du système (63 %, n=10) et principalement sur la perte d'information entre les professionnels de santé [qui regroupe : retard dans l'obtention des rendez-vous pour les examens (imagerie, biologie) ; retard dans l'obtention des rendez-vous avec des spécialistes ; perte d'information entre professionnels de santé ; le retour à domicile inapproprié d'un patient envoyé à l'hôpital ou autre].

Ensuite, on retrouve le Tempos du médecin (19 %, n=3), le Tempos du patient (12 %, n=2) et celui de la maladie et du traitement (6 %, n=1).

Figure 10 : Distribution des EIAS par Méthode Tempos



3.7. Synthèse des résultats

Les principaux dysfonctionnements mis en évidence après avoir étudié les 16 EIAS chez les personnes âgées fragilisées vivant dans le Champsaur Valgaudemar sont pour plus de la moitié (52 % n=15) liés au processus de soins dont 27,5 % sont dus à des dysfonctionnements de coordination de soins. Cette analyse est renforcée par la méthode Tempos qui met en évidence 63 % du temps perdu dans le système de santé.

Cela nous donne un axe principal sur lequel nous devons agir pour éviter la survenue des EIAS. Cela vient renforcer l'idée que travailler en réseau de soins au sein des CPTS permet d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

3.8. Préconisations

Ces différents résultats donnent plusieurs axes principaux de travail à mettre en place sur le territoire du Champsaur Valgaudemar : toutes les étapes en rapport avec le processus de soins et plus particulièrement la coordination des soins et le système de communication, mais également le facteur technique par le système d'information. En effet, la perte de données et la communication sont responsables de nombreux EIAS que ce soit en ambulatoire ou en hospitalier (3).

Les principales causes d'EIAS identifiées et sur lesquelles nous pouvons agir sont :

- **La communication entre les soignants** : que ce soit la communication entre les médecins d'une même MSP ou entre le médecin remplacé et son remplaçant (en ayant des dossiers de patients bien tenue avec un accès à toutes les informations), ou la communication entre les spécialistes et le médecin traitant et le lien ville hôpital (2 exemples ici : absence de courrier d'un dermatologue après ablation d'une lésion qui retrouvait une maladie de Bowen avec reprise chirurgicale nécessaire, retard de prise en charge avec retard de cicatrisation ; ou une erreur de prescription par le cardiologue avec absence de courrier remis au médecin pour la consultation, asthénie de la patiente suite à la majoration de la posologie de son BBloquant, entraînant une perte de temps pour le médecin qui a dû joindre le cardiologue pour corriger l'erreur de posologie). C'est également le cas entre tous les professionnels de santé (infirmières, auxiliaires de vie, aides à domicile) où l'on retrouve une perte d'informations ou un défaut d'informations entraînant un retard de prise en charge, du fait de l'absence de support d'information entre tous les acteurs (exemples : surveillance du poids des patients insuffisants cardiaques, retard de cicatrisation de plaie, etc...).
- **La complexité des soins en ambulatoire** : est favorisée par les patients polypathologiques à risque (29), la gestion du temps de travail du médecin, du cabinet ainsi que le facteur humain qui rentre en compte. Par exemple, un des EIAS analysé portait sur une patiente qui se présente en consultation sans rendez-vous sur un planning déjà chargé. Elle consulte pour une ischémie du membre supérieur depuis plusieurs jours. De plus, il y a le stress du médecin de la consultation qui se rajoute à celui du retard de prise en charge du fait de la patiente ainsi que la gestion des consultations restantes. Ce sont des éléments que le médecin doit gérer quotidiennement en médecine ambulatoire. Le manque d'explication par les soignants peut également limiter l'adhérence au traitement du patient (par exemple : un patient est sorti des

urgences pour une paralysie faciale périphérique avec un traitement par cortisone sans explication sur les bénéfices attendus, ainsi que l'oubli d'ordonnance pour occlusion de l'œil pour les aides à domicile. Le patient étant méfiant des traitements à base de cortisone, celui-ci n'a pas pris les traitements prescrits. Grâce aux explications sur la balance bénéfice-risque, et aux réponses sur les craintes du patient à propos du traitement par cortisone, il a accepté la prise du traitement.)

- **Le travail en équipe** : on peut voir l'avantage du travail en équipe dans l'analyse des EIAS avec un exemple d'EIAS évité (par exemple : le pharmacien en voyant les prescriptions de pansement et l'antibiothérapie à la suite d'une morsure de mammifère s'étonne de ne pas voir le rappel du DTpolio qui n'était pas à jour). Les multiples intervenants lorsqu'ils ne fonctionnent pas en équipe ou en réseau peuvent être une source d'erreur comme cela a été le cas pour une patiente polypathologique suivie par l'Hospitalisation à domicile (HAD), des prestataires, les spécialistes en ville, plus son suivi hospitalier avec un retard diagnostique d'infection sur Picc line.

Pour améliorer la communication entre les soignants on peut proposer la mise en place d'un outil de communication commun aux trois MSP entre les différents acteurs au format papier (par exemple la mise en place d'un classeur au domicile du patient avec un onglet pour chaque acteur) ou numérique (par exemple le développement d'une application de santé commune avec système de messagerie d'échange en direct entre les différents soignants). En ciblant les informations pertinentes on pourrait éviter la perte d'information.

Le lien entre les spécialistes, l'hôpital et les acteurs de la médecine ambulatoire est également une des pratiques à uniformiser au sein du territoire. L'envoi systématique par les différents acteurs de courrier et de traçage des informations éviterait la survenue de nombreux EIAS.

L'uniformisation des pratiques entre les différents acteurs de santé sur le territoire est difficile à établir du fait de pratiques différentes et de l'organisation des soins différentes. Cependant uniformiser l'outil de communication entre les acteurs éviterait la confusion et faciliterait l'accès aux informations nécessaires.

4. Discussion

4.1. Limites

La principale limite dans ce travail de recherche est le nombre limité de patients inclus dans l'étude. Nous avons pu analyser 16 EIAS au total au sein des GTP ce qui est inférieur au nombre attendu (n=30). Cela peut s'expliquer par le fait que nous avons pris le parti de cibler une population précise : la personne âgée fragilisée. C'est une population cible sur laquelle il est important d'agir. Comme le montre l'analyse du territoire, le Champsaur Valgaudemar est un territoire vieillissant. Le principal critère d'exclusion a été la dépendance de ces personnes âgées (ADL<5). Ceci renforce l'idée qu'il faut être encore plus vigilant, pour éviter l'entrée dans la dépendance de ces patients. De plus, le dysfonctionnement principal identifié majoritairement est lié au processus de soin. En effet, la plupart des personnes âgées ne sont pas actrices de leur soin et s'en remettent à leurs différents professionnels de santé. Cela les rend particulièrement vulnérables aux EIAS, notamment lorsqu'il existe un manque de communication et une perte d'information entre les professionnels de santé.

Concernant l'interprétation des données, il n'a pas été réalisé de codage croisé ou de validation extérieure des résultats. Cependant, les données sont comparables aux différentes études réalisées sur des populations plus importantes (14).

Dans un souci d'interprétation et de reproduction des résultats, comme cela a été fait dans un autre travail de recherche, un dysfonctionnement principal et un dysfonctionnement secondaire ont été sélectionnés (30). Cependant la plupart des EIAS analysés sont multifactoriels. Bien qu'une cause principale soit facilement identifiable, l'interprétation des résultats est restrictive. La grille CADYA permettant une analyse approfondie, la discussion et le remplissage de la grille autour des différents items, sont autant d'informations exploitables pour les GTP. En effet, cela a permis de faire ressortir différents dysfonctionnements et des problématiques organisationnelles plus profondes au sein des équipes.

L'absence de mise en évidence de dysfonctionnements liés au facteurs humains, peut être expliquée par le faible nombre de patients inclus, et la sélection d'un DP et d'un DS.

Un autre biais identifiable est la difficulté rencontrée pour réunir quatre intervenants au sein des GTP. Malheureusement dans un souci organisationnel, plusieurs EIAS ont été interprétés en petit comité, et parfois avec la seule présence du médecin traitant. Ceci a pu limiter l'apport d'informations

nécessaires à l'analyse de l'EIAS. Ce biais a été limité par la récupération des informations manquantes auprès des autres acteurs de santé à posteriori des GTP. La difficulté à regrouper les différents professionnels de santé peut être un frein à la mise en place de GTP au sein des MSP dans le futur. Bien que cela peut être facilité par l'utilisation d'outils de communication à distance, de groupes de discussion privée ainsi que certaines réunions déjà mises en place au sein des MSP.

Il y a également un biais de mémorisation, quant à l'exploitation des données lors de l'analyse des EIAS. Il y a eu une longue période entre le recrutement, la déclaration des EIAS et leur analyse. Cela a pu être limité grâce à l'accès au dossier patient et aux transmissions ciblées des aides à domicile et des infirmiers.

Il existe un biais de recrutement, les EIAS ont tous été déclarés par le médecin traitant. Cela résulte peut-être d'un manque de connaissance sur les EIAS, de la peur de les déclarer ou bien de la culture encore forte d'erreur individuelle et de jugement.

4.2. Points forts

Ce travail est un travail innovant par la mise en place de GTP. C'est également la première étude analysant les EIAS dans ce territoire. En médecine ambulatoire et plus particulièrement chez la personne âgée fragilisée, la multitude d'intervenants expose d'autant plus le patient au risque de survenue d'EIAS, mais constitue également une barrière de sécurité pour leur repérage et leur éviction.

Le travail en GTP a été enrichissant pour les participants et pour la prise en charge des patients. En effet, chaque acteur apporte une vision différente et de nombreuses informations autour du patient.

Ces GTP ont également permis la rencontre des professionnels de santé et la compréhension des difficultés, des contraintes, du rôle ainsi que des limites de chacun. Nous travaillons tous dans le même but : tendre vers l'amélioration de la qualité de vie des patients et la sécurité des soins. Ce qui s'applique d'autant plus dans cette population d'étude qui est souvent isolée et dépendante des professionnels de santé.

A la suite des GTP, les différents participants ont exprimé leur satisfaction à échanger autour des patients, et d'avoir eu l'opportunité de comprendre les difficultés rencontrées par chacun. Ils ont également exprimé le désir de reproduire ces réunions dans l'avenir.

L'adhésion de l'ensemble des acteurs du territoire à l'analyse des EIAS montre l'implication du territoire dans la sécurité et la qualité des soins. La perception de l'erreur ne doit plus être vue comme une défaillance d'une personne en particulier mais comme une succession de failles dans le

système de sécurité (barrière technique, humaine, organisationnelle). C'est d'ailleurs le « *Swiss Cheese Model* » de James Reason (31) (Annexe 4).

Ce travail a également permis de mettre en lumière les principaux dysfonctionnements du territoire mais aussi les actions correctives à mettre en place. Les préconisations qui en ressortent peuvent-être une base de travail pour les différentes MSP pour concevoir des protocoles de soins non pas centrés sur une pathologie mais sur la pratique médicale globale.

Nous avons également pu démontrer la faisabilité de ce type d'exercice en groupe au sein des MSP et le bénéfice de l'analyse en groupe pluriprofessionnel, tout comme la volonté des différents acteurs à y participer. Ce travail a pu être un facteur déclenchant dans la mise en place de l'analyse des EIAS en GTP dans le territoire du Champsaur Valgaudemar. Le travail en équipe et la collaboration interprofessionnelle ont un impact significatif sur la survenue d'EI : les approches multidisciplinaires permettent d'identifier plus facilement les défaillances du système et de mieux comprendre les causes des événements indésirables (32) (33). On sait également que les professionnels sensibilisés et participant activement à l'analyse des EIAS ont une implication et culture de la sécurité supérieure (34) (35).

De plus, ce fut un enrichissement personnel et humain dans les différents échanges au cours de ce travail de recherche avec les intervenants et acteurs du territoire.

4.3. Résultats

4.3.1. Processus de soins

Les dysfonctionnements relatifs aux processus de soins représentent plus de moitié des DT identifiés. Ces résultats sont comparables avec les résultats retrouvés dans l'étude ESPRIT qui retrouve un dysfonctionnement lié au processus de soins dans 1/3 des cas et dans 52 à 83 % des cas dans la littérature internationale (4)(36)(37).

Le défaut de communication entre les professionnels de santé reste le DP le plus retrouvé. Les problématiques concernent dans trois cas la communication directe entre les professionnels de santé (aide à domicile, IDE, entre médecin, etc...), dans deux cas l'absence de courrier par les spécialistes (qui a dans les 2 cas mis en difficulté le médecin dans sa prise en charge), dans 2 cas la communication entre ville/hôpital, et un cas les délais de rendez-vous avec les spécialistes et leur disponibilité dans le suivi des patients souvent remis sous la responsabilité du médecin généraliste. Ces résultats sont comparables avec les données de la littérature (38)(39)(40).

4.3.2. Facteurs techniques

Les facteurs techniques sont majoritairement retrouvés dans les DS (46,10 %), on retrouve un dysfonctionnement dans le système d'information regroupant l'absence de courrier, l'absence de résultat reçu, les erreurs de classement de résultats, et un défaut d'utilisation technique.

La population étudiée étant les personnes âgées fragilisées, il y a eu beaucoup de visite à domicile et donc souvent l'absence d'accès au dossier médical complet. Ceci peut être facilité avec le développement de logiciel en ligne, ou d'outil portable, non présent dans les trois MSP.

Il s'agit d'une problématique émergente avec le développement des différentes technologies, logiciels et la dématérialisation des données. C'est un atout lorsque tout fonctionne correctement, mais il peut également être source d'erreur. Le développement du Dossier Médical Partagé (DMP) pourrait améliorer ce manque d'information et l'accès aux données concernant le patient. Il nécessite l'implication de tous les acteurs pour être à jour mais également celle du patient. Un travail de recherche sur les médecins généralistes a montré qu'ils étaient tous favorables au développement d'un outil d'information commun mais que le DMP ne répondait pas complètement à leurs attentes. Il reste donc difficile à utiliser du fait de sa complexité, du manque de temps dans les consultations et de la charge administrative supplémentaire ressentie (41).

4.3.3. Facteurs humains

Un seul EIAS a retrouvé un facteur humain en DP. Il était lié au patient dû à un retard de consultation. Dans l'étude ESPRIT ils représentaient la moitié des DS (4), ici les facteurs humains ne représentent que 30 % des DS. Cela peut s'expliquer par le fait que les EIAS n'ont pas été déclarés en temps réel et donc l'état de stress, le retard, la charge de travail ou le ressenti au moment des consultations ont pu être oubliés par les praticiens. Concernant les DS identifiés liés aux facteurs humains un seul est en rapport avec le soignant. Il est lié au stress dû aux consultations sans rendez-vous et à la restitution des connaissances au bon moment. Les autres DS étaient liés au patient : un patient en refus de soins plutôt opposant, un patient très angoissé, un patient en refus de soins avec un entourage familial qui désire une prise en charge plus poussée, un patient qui semble dans le déni et minimise sa pathologie.

Le médecin généraliste est souvent le médecin de premier recours. Il assure donc un rôle de coordination des soins, et développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires. C'est ce qui fait la complexité et la richesse de la

médecine générale. Chaque patient est différent et chaque patient a sa propre vision de sa pathologie et de sa santé en général. Le médecin doit sans cesse s'adapter entre ces différences et proposer la meilleure prise en charge possible tout en jonglant avec son propre stress, son humeur, et l'organisation de son cabinet et du système de santé.

4.3.4. Facteurs environnementaux

Il n'a pas été retrouvé de dysfonctionnements liés aux facteurs environnementaux. Cela peut s'expliquer, de nouveau par la déclaration rétrospective des EIAS et donc les éléments perturbateurs techniques ou humains comme des appels durant une consultation ou l'interruption par une tierce personne n'ont pas été retenus ou notifiés dans les dossiers médicaux. De plus, les éléments liés à l'offre de soins, la charge de travail, le lieu de visite font partis du quotidien du médecin. Ceux-là n'ont donc peut-être pas été annoncés comme ayant gêné la prise en charge. Aucun contexte social n'a été relevé comme un dysfonctionnement. La population d'étude concernait uniquement les patients âgés fragilisés. Dans une population générale, ceci aurait pu être considéré comme un facteur favorisant. Dans la littérature, et notamment dans l'étude ESPRIT, les facteurs environnementaux représentaient 22 % des DT et concernaient principalement le contexte d'action de soins (acte non programmé, lieu de prise en charge, gestion de la charge de travail).

4.4. Ouverture

La culture de la déclaration et l'analyse des EIAS ne sont pas développées en ambulatoire. Pourtant l'analyse des EIAS est essentielle pour reconnaître et éviter leur survenue. L'analyse des EIAS en milieu hospitalier par la mise en place des Comité de Retour d'Expérience (CREX) s'est répandue en 2005 sous l'impulsion de la HAS.

Le développement récent d'un outil adapté aux soins primaires comme la grille CADYA va peut-être permettre de répandre cette pratique. Ce travail de recherche a permis l'appropriation de ces outils comme base de travail pour les MSP ainsi que le renforcement du travail en réseau.

Pour faciliter l'adhésion des professionnels de santé à cette pratique, le développement d'un outil commun intégré au logiciel, pourrait permettre un repérage et une déclaration simplifiée des EIAS. Le développement d'une application mobile de déclaration des EIAS à Chicago a permis une augmentation significative du nombre de déclaration d'EIAS (42). En effet, intégrer l'analyse des EIAS dans la pratique courante pourra améliorer la qualité et la sécurité des soins (43). Cela peut également être élargi à l'ensemble des patients quel que soit leur âge et non se limiter aux personnes âgées fragilisées.

Le retour d'expérience de l'analyse des EIAS pourra éviter la survenue de nouveaux EIAS pour le praticien. De plus, l'analyse pourra également être bénéfique à l'ensemble des participants, le partage d'expérience étant un très bon outil de formation comme c'est le cas en groupe de pairs (44).

L'implication du patient dans ses soins et sa prise en charge a été introduit dans les années 90 avec « *to Err is Human : Building a Safer healthcare system* » (45). Ce courant étudie la manière dont les patients peuvent eux-mêmes contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'émergence du patient acteur, favorisée par les crises sanitaires traversées comme celles du sang contaminé, de la maladie de Creutzfeld Jakob, de l'épidémie du VIH dans les années 80-90 (46) et plus récemment de celle du COVID-19, ont permis d'intégrer le patient dans sa prise en charge, donc d'avoir un rôle dans la sécurité des soins en association avec les soignants.

Nous avons eu un exemple de presque EIAS dans cette étude évité grâce au patient lui-même (exemple : prescription par le médecin traitant d'ACTONEL pour une ostéoporose avec comme consigne de le prendre le matin après le petit déjeuner, délivrance par le préparateur en pharmacie de RISEDRONATE sans explication sur les nouvelles modalités du traitement qui se prend lui à jeun 30 minutes avant le petit-déjeuner. La patiente a contacté son médecin traitant en voyant la discordance entre sa prescription et la notice du médicament.).

5. Conclusion

La sécurité des patients en ambulatoire est essentielle. L'analyse des EIAS en GTP est un moyen de l'améliorer et de renforcer le travail en équipe. Elle permet également d'uniformiser les pratiques ce qui constitue un élément crucial.

Grâce à ce travail de recherche nous avons pu évaluer et mettre en place le repérage des personnes âgées fragilisées sur le territoire et sensibiliser les acteurs au repérage et à l'analyse des EIAS sur le territoire du Champsaur Valgaudemar.

Nous avons vu que les principaux dysfonctionnements concernent le processus de soins. Les principaux points à améliorer sur le territoire sont la communication entre les équipes soignantes mais aussi avec le patient. L'éducation et l'inclusion du patient dans ses soins pourraient éviter de nombreux EIAS. Le développement d'outils de communication mais aussi d'outils de déclaration d'EIAS, tout comme la mise en place de réunions pluriprofessionnelles mensuelles d'analyse des EIAS permettraient une amélioration de la sécurité des patients sur le territoire du Champsaur Valgaudemar.

L'analyse des EIAS en groupe à l'aide de la grille CADYA permet une analyse profonde des causes sous-jacentes et permet de cibler les actions correctives à initier. C'est un outil simple à s'approprier qui a donc toute sa place dans la pratique courante en MSP.

6. Bibliographie

1. OMS. Sécurité des patients [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/newsroom/fact-sheets/detail/patient-safety>
2. Michel P, Lathelize M, Bru-Sonnet R, Perez C. Enquêtes Nationales sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins - Comparaison des deux études ENEIS 2004 et 2009. 2011. Report No.: 119. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dt109.pdf>
3. Michel P, Quenon J-L, Djihoud A, Bru-Sonnet R. Les événements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes (étude EVISA). Bordeaux; 2008. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_EVISAFinal_17aout09.pdf
4. Rapport_ESPRIT-etude nationale soins primaires evenements indesirables -decembre 2013.pdf. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ESPRIT-etude_nationale_soins_primaires_evenements_indesirables_-_decembre_2013.pdf
5. Roemer MI, Montoya-Aguilar C. Quality assessment and assurance in primary health care. WHO Offset Publ. 1988;(105):1-78.
6. Or Z, Com-Ruelle L. La qualité de soins en France: comment la mesurer pour l'améliorer ? J Déconomie Médicale. 2008;26(6):371.
7. Cooper JB, Gaba DM, Liang B, Woods D, Blum LN. The National Patient Safety Foundation agenda for research and development in patient safety. MedGenMed Medscape Gen Med. 11 juill 2000;2(3):E38.
8. Elder NC, Pallerla H, Regan S. What do family physicians consider an error? A comparison of definitions and physician perception. BMC Fam Pract. déc 2006;7(1):73.
9. OMS. Rapport sur les résultats de l'enquête Delphi modifiée par Internet sur la Classification internationale pour la sécurité des patients Introduction. 2007 juin p. 23. Disponible sur: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/ps_modified_delphi_survey_fr.pdf
10. Haute Autorité de Santé - Comprendre pour agir sur les événements indésirables associés aux soins (EIAS). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2011561/fr/comprendre-pour-agir-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias
11. Haute Autorité de Santé - Repères – Évènements indésirables associés aux soins (EIAS) Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2566412/fr/reperes-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias

12. Chouilly J, Jouteau D, Ferru P, Kandel O, Thomas Desessarts Y. Le Dictionnaire des Résultats de consultation. Sémiologie des situations cliniques en médecine générale. In: www.sfm.org. p. 48.
13. Makeham M, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I. Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research. 2008; Disponible sur: https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/makeham_dovey_full.pdf
14. Chaneliere M, Koehler D, Morlan T, Berra J, Colin C, Dupie I, et al. Factors contributing to patient safety incidents in primary care: a descriptive analysis of patient safety incidents in a French study using CADYA (categorization of errors in primary care). *BMC Fam Pract*. déc 2018 ;19(1). Disponible sur: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-018-0803-9>
15. Galam E. L'erreur médicale en médecine générale. *Rev Prat*. octobre 2003;Tome 17(626).
16. Galam E. Dédratiser et travailler nos erreurs. *Rev Prat*. 2005;Tome 19.
17. Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ*. 18 mars 2000;320(7237):726-7.
18. Figon S, Chanelière M, Moreau A, Le Goaziou M-F. Impact des événements indésirables sur la pratique de 15 médecins généralistes maîtres de stage. *Presse Médicale*. 1 sept 2008;37(9):1220-7.
19. Clément Nestrigue, Zeynep Or*, (Irdes). Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital. déc 2011;(171). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes171.pdf>
20. L Slawomirski, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety : Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level . Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 96, Éditions OCDE, Paris,; 2017. Disponible sur: <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>
21. de Hoon SEM, Hek K, van Dijk L, Verheij RA. Adverse events recording in electronic health record systems in primary care. *BMC Med Inform Decis Mak*. 6 déc 2017;17(1):163.
22. Richeux. Syndrome de la fragilité. In: *Vieillessement : Définir la fragilité pour mieux prévenir la dépendance*. 2018. (Science&Santé). Disponible sur: <https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6807/?sequence=13>
23. PubMed entry. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11253156>
24. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. mars 2001;56(3):M146-156.
25. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. STUDIES OF ILLNESS IN THE AGED. THE INDEX OF ADL: A STANDARDIZED MEASURE OF BIOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL FUNCTION. *JAMA*. 21 sept 1963;185:914-9.
26. [revue_mortalite_et_de_morbidite_rmm_fiche_technique_2013_01_31.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/revue_mortalite_et_de_morbidite_rmm_fiche_technique_2013_01_31.pdf) Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/revue_mortalite_et_de_morbidite_rmm_fiche_technique_2013_01_31.pdf

27. CADYA : un outil pour analyser des incidents en soins primaires. | Base documentaire | BDSP. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/490013/>
28. 'Tempos' management in primary care: a key factor for classifying adverse events, and improving quality and safety. OpenAIRE - Explore. Disponible sur: https://explore.openaire.eu/search/publication?articleId=od_267::d1df240a618c52afee8bc3f5d1b116e5
29. Panagioti M, Stokes J, Esmail A, Coventry P, Cheraghi-Sohi S, Alam R, et al. Multimorbidity and Patient Safety Incidents in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS One*. 2015;10(8):e0135947.
30. Koehler Diane, Morlan Thibaud. PRINCIPAUX DYSFONCTIONNEMENTS ASSOCIES A LA SURVENUE D'EVENEMENTS INDESIRABLES EN SOINS PRIMAIRES. Analyse des évènements indésirables de l'étude française ESPRIT avec la grille CADYA (CAtégorisation des DYsfonctionnements en Ambulatoire). [Thèse médecine général pour l'obtention du grade de Docteur en médecine]. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2015.
31. Reason J. Human error: models and management. *West J Med*. 1 juin 2000;172(6):393-6.
32. Schmutz J, Manser T. Do team processes really have an effect on clinical performance? A systematic literature review. *Br J Anaesth*. avr 2013;110(4):529-44.
33. Jones KJ, Skinner AM, High R, Reiter-Palmon R. A theory-driven, longitudinal evaluation of the impact of team training on safety culture in 24 hospitals. *BMJ Qual Saf*. mai 2013;22(5):394-404.
34. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O'Shaughnessy J, et al. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care*. févr 2006;15(1):39-43.
35. Boussat B, Seigneurin A, Giai J, Kamalanavin K, Labarère J, François P. Involvement in Root Cause Analysis and Patient Safety Culture Among Hospital Care Providers. *J Patient Saf*. 27 déc 2017;
36. Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, et al. How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *BMJ*. 18 mars 2000;320(7237):777-81.
37. Dovey SM, Phillips RL, Green LA, Fryer GE. Types of medical errors commonly reported by family physicians. *Am Fam Physician*. 15 févr 2003;67(4):697.
38. O'Beirne M, Sterling PD, Zwicker K, Hebert P, Norton PG. Safety incidents in family medicine. *BMJ Qual Saf*. déc 2011;20(12):1005-10.
39. Elder NC, Vonder Meulen M, Cassidy A. The identification of medical errors by family physicians during outpatient visits. *Ann Fam Med*. avr 2004;2(2):125-9.

40. Rosser W, Dovey S, Bordman R, White D, Crighton E, Drummond N. Medical errors in primary care: results of an international study of family practice. *Can Fam Physician Med Fam Can.* mars 2005;51:386-7.
41. JOGESSUR S. Motivations et freins à l'utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes [Lille]; 2021. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM044.pdf
42. Rubin DS, Pesyna C, Jakubczyk S, Liao C, Tung A. Introduction of a Mobile Adverse Event Reporting System Is Associated With Participation in Adverse Event Reporting. *Am J Med Qual.* janv 2019;34(1):30-5.
43. Makeham M a. B, Stromer S, Bridges-Webb C, Mira M, Saltman DC, Cooper C, et al. Patient safety events reported in general practice: a taxonomy. *Qual Saf Health Care.* févr 2008;17(1):53-7.
44. PORCO H. Groupes de pairs : enquête en Rhône-Alpes auprès de 83 médecins généralistes : méthodes de travail et caractéristiques des médecins généralistes travaillant en groupes de pairs. CREDES - Cent Rech Etudes Doc En Econ Santé Devenu IRDES. :42p.
45. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS, éditeurs. *To err is human: building a safer health system.* Washington, D.C: National Academy Press; 2000. 287 p.
46. L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. Disponible sur: <https://www.sfsp.fr/content-page/item/10966-l-emergence-du-patient-acteur-dans-la-securite-des-soins-en-france-une-revue-narrative-de-la-litterature-entre-sciences-sociales-et-sante-publique>

7. Annexes

Annexe 1 : Grille de repérage

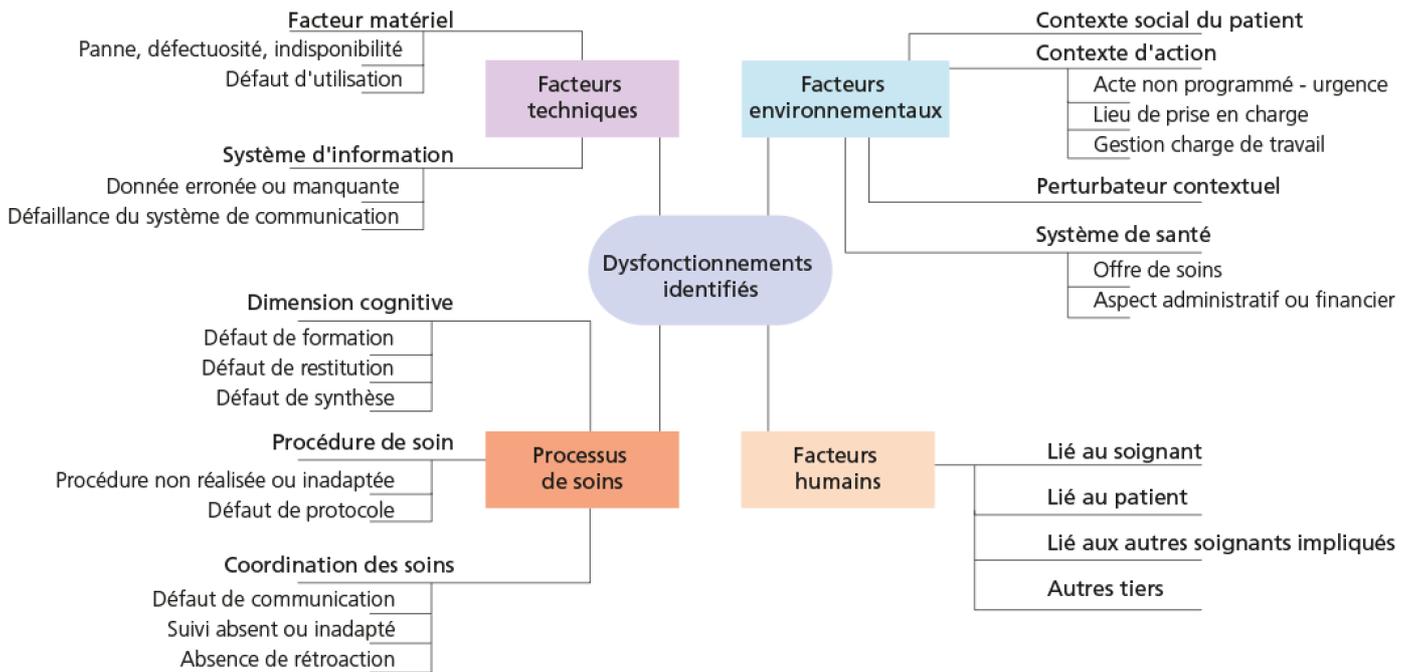
Projet EIAS ChampVal - Grille de repérage des personnes âgées fragilisées			
Date : ___/___/2019	Rempli par :	Médecin Traitant :	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
Nom du patient :	Prénom du patient :	Âge /___/ ans	
EVALUATION DE L'AUTONOMIE (ADL)			
A1. Hygiène corporelle			
<input type="checkbox"/> (1) Autonomie			
<input type="checkbox"/> (0.5) Aide partielle			
<input type="checkbox"/> (0) Dépendant			
A2. Habillage			
<input type="checkbox"/> (1) Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage			
<input type="checkbox"/> (0.5) Autonomie pour le choix et des vêtements et l'habillage, mais a besoin d'aide pour se chauffer			
<input type="checkbox"/> (0) Dépendant			
A3. Aller aux toilettes			
<input type="checkbox"/> (1) Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite			
<input type="checkbox"/> (0.5) Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller			
<input type="checkbox"/> (0) Ne peut aller aux toilettes seul			
A4. Locomotion			
<input type="checkbox"/> (1) Autonomie			
<input type="checkbox"/> (0.5) A besoin d'aide			
<input type="checkbox"/> (0) Grabataire			
A5. Continence			
<input type="checkbox"/> (1) Continent			
<input type="checkbox"/> (0.5) Incontinence occasionnelle			
<input type="checkbox"/> (0) Incontinent			
A6. Repas			
<input type="checkbox"/> (1) Se sert et mange seul			
<input type="checkbox"/> (0.5) Aide pour se servir, couper la viande ou peler un fruit			
<input type="checkbox"/> (0) Aide partielle			
Score total AUTONOMIE (A1+A2+A3+A4+A5+A6) : / 6			
EVALUATION DE LA FRAGILITE (FRIED)			
F1. Votre patient vit-il seul ?			
<input type="checkbox"/> 1 (oui)	<input type="checkbox"/> 0 (non)	<input type="checkbox"/> 0 (ne sait pas)	
F2. Le patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?			
<input type="checkbox"/> 1 (oui)	<input type="checkbox"/> 0 (non)	<input type="checkbox"/> 0 (ne sait pas)	
F3. Le patient se sent-il plus fatigué depuis les 3 derniers mois ?			
<input type="checkbox"/> 1 (oui)	<input type="checkbox"/> 0 (non)	<input type="checkbox"/> 0 (ne sait pas)	
F4. Le patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis les 3 derniers mois ?			
<input type="checkbox"/> 1 (oui)	<input type="checkbox"/> 0 (non)	<input type="checkbox"/> 0 (ne sait pas)	
F5. Le patient se plaint-il de sa mémoire ?			
<input type="checkbox"/> 1 (oui)	<input type="checkbox"/> 0 (non)	<input type="checkbox"/> 0 (ne sait pas)	
F6. Le patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres)			
<input type="checkbox"/> 1 (oui)	<input type="checkbox"/> 0 (non)	<input type="checkbox"/> 0 (ne sait pas)	
→ Si vous avez répondu OUI à une de ces questions			
F7. Votre patient vous paraît-il fragile ?			
<input type="checkbox"/> 1 (oui)	<input type="checkbox"/> 0 (non)	<input type="checkbox"/> 0 (ne sait pas)	
Score total FRAGILITE : / 7			
Score Autonomie (ADL) ≥ 5 : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Score Fragilité ≥ 3 (Fried) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Age compris entre 65 et 95 ans : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Pathologie sévère (AVC, dépression sévère, démence) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Événement indésirable associé aux soins au cours des 12 derniers mois ¹ → Si OUI, Précisez :			

¹ Source pour identifier l'EIAS : <http://esprit.openrome.org/video>

Annexe 2 : grille CADYA

Figure 1 – Grille CaDyA – Présentation heuristique.

Risques & Qualité-XIV-2-Oriol



Annexe 3 : Méthode Tempos

MÉTHODE DES TEMPOS

1. Tempo de la maladie ou du traitement

- Pathologie trompeuse ou atypique, évoluant plus rapidement ou plus lentement que la pathologie habituelle
- Action thérapeutique trop lente, peu efficace
- Assurance donnée au patient d'une évolution favorable sur la base d'une évolution habituelle
- Explication de la pathologie pauvre. Instructions non fournies au patient ou à sa famille sur l'évolution à attendre et sur les symptômes qui doivent alerter
- Autre (à déterminer)

2. Tempo du médecin

- Difficultés d'accès à la bonne connaissance au bon moment (pression de la fatigue, des interruptions etc.)
- Technique requise pour acte médical mal appliquée
- Compétences insuffisantes du médecin
- Autre (à déterminer)

3. Tempo de cabinet

- Interruptions fréquentes (téléphone, patients, secrétaire, etc.)
- Données médicales insuffisamment tracées
- Autre (à déterminer)

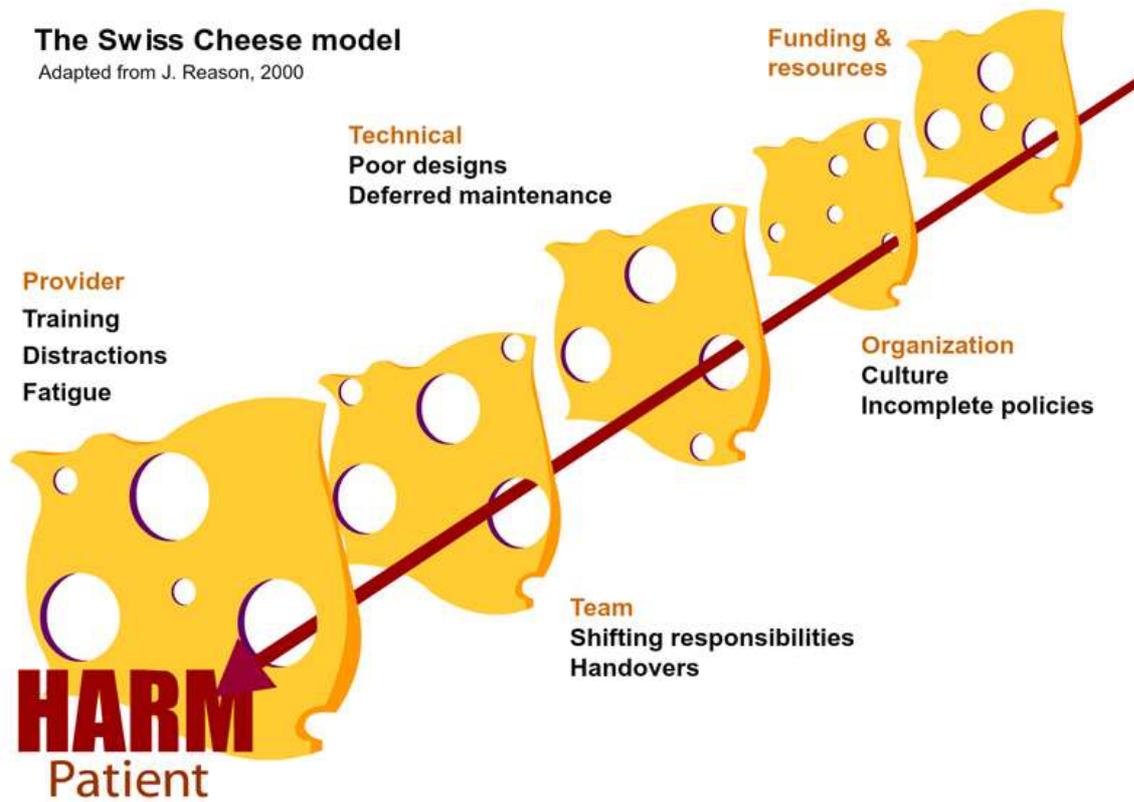
4. Tempo du patient

- Délai dans l'expression des symptômes
- Expression incorrecte des symptômes
- Mauvaise observance
- Relation médecin-patient non optimale
- Autre (à déterminer)

5. Tempo du système

- Retard dans l'obtention des rendez-vous pour les examens (imagerie, biologie)
- Retard dans l'obtention des rendez-vous avec des spécialistes
- Perte d'information entre professionnels de santé
- Retour à domicile inapproprié d'un patient envoyé à l'hôpital
- Autre (à déterminer)

Annexe 4 : le Swiss Cheese Model de J.Reason



Annexe 5 : Exemple DP identifiés

FACTEUR ENVIRONNEMENTAUX	
Contexte social	
Contexte d'action de soins :	
- Actes non programmé	
- Lieu de prise en charge	
- Gestion de la charge de travail	
Éléments perturbateurs contextuel	
Système de santé :	
- Offre de soins	
- Aspect financiers ou administratifs	
Facteurs humains	
Lié au patient	Peu inquiète, ne consulte pas pour rien, sans ATCD particulier. A attendue 3 jours avant de venir et sous insistance de sa fille.
Lié au soignant	
Lié aux autres soignants	
Lié à un tiers	
Facteurs techniques	
Facteurs matériels	
- Panne ou indisponibilité	
- Défaut d'utilisation	
Système d'information	
- Donnée erronée ou manquante	Absence des ordonnances au domicile du patient pour le renouvellement, ou dans le dossier médical papier.
- Défaillance du système de communication	Défaut de transmission des résultats prise de sang par le laboratoire -> résultats transmis à un autre médecin avec nom ressemblant
Processus de soins	
Aspect cognitifs	
- Défaut de formation	Test à l'urée non recommandé en diagnostic (non remboursé), préférer une sérologie sans arrêt des IPP. Arrêt des IPP alors que douleur épigastriques invalidantes entraînant une perte de poids.
- Défaut de restitution	Oubli de vérifier le statut vaccinal de la patiente, concentration sur l'ATB adapté
- Défaut de synthèse	
Procédure de soins	
- Non réalisé ou de manière inadaptée	-Prévoir le retour à domicile en sortie d'hospitalisation/ consultation aux urgences, absence d'ordonnance de sortie pour les IDE pour les soins oculaires. -défaut de réalisation des soins, malgré une prescription faite par le MT

	- défaut prise traitement corticothérapie
- Absence de protocole	Cahier commun/information entre les soignants
Coordination des soins	
- Défaut de communication	-défaut explication corticothérapie -défaut communication claire entre les soignants avec retard de prise en charge (pas d'appel auprès des aides à domicile) puis marqué dans le carnet ++++
- Suivi absent ou inadapté	Défaut de suivi par le dermatologue, retard de prise en charge +++
- Absence de rétroaction	

Annexe 6 : exemple d'analyse EIAS à l'aide de la grille CADYA couplé à la méthode tempos :

Contexte : Visite à domicile.

Motif : Renouvellement d'ordonnance,

EIAS : L'IDE avait pris l'ordonnance du patient pour récupérer les traitements à la pharmacie. Il n'y avait pas de copie d'ordonnance dans le dossier du patient ou au domicile. Renouvellement en identifiant les comprimés du pilulier. Oublie de la Tamsulosine (rattrapé par les IDE)

Action corrective mise en place : conserver une copie des ordonnances dans le dossier.

FACTEUR ENVIRONNEMENTAUX	
Contexte social	Entouré par sa fille, mais conflit familial, refus initial des aides à domicile. Veuf, syndrome dépressif, consommation alcool
Contexte d'action de soins :	
- Actes non programmé	
- Lieu de prise en charge	Visite à domicile pour un Renouvellement d'ordonnance
- Gestion de la charge de travail	
Éléments perturbateurs contextuel	
Système de santé :	
- Offre de soins	Cabinet IDE non dans la CPTS, difficulté de mise en place avec SSIAD et l'ADMR
- Aspect financiers ou administratifs	Aspect financier du refus des aides initial
Facteurs humains	
Lié au patient	Troubles cognitifs, refus de soins, refus des aides, le père de famille avec relation très patriarcale
Lié au soignant	
Lié aux autres soignants	
Lié à un tiers	Refus des aides de la part de la famille qui ne veut pas aller contre l'avis du patient, difficulté dans l'organisation des soins
Facteurs techniques	
Facteurs matériels	
- Panne ou indisponibilité	
- Défaut d'utilisation	
Système d'information	
- Donnée erronée ou manquante	Absence des ordonnances au domicile du patient pour le renouvellement, ou dans le dossier médical papier.
- Défaillance du système de communication	Pas de carnet de liaison en place au domicile

<i>Processus de soins</i>	
Aspect cognitifs	
- Défaut de formation	
- Défaut de restitution	
- Défaut de synthèse	
<i>Procédure de soins</i>	
- Non réalisé ou de manière inadaptée	
- <i>Absence de protocole</i>	<i>Absence des ordonnances au domicile, alors que RO prévu, pas de carnet de liaison pluriprofessionnel. Pas dans la culture de tous les soignants de remplir les carnets.</i>
Coordination des soins	
- Défaut de communication	
- Suivi absent ou inadapté	
- Absence de rétroaction	

MÉTHODE DES TEMPOS

1. Tempo de la maladie ou du traitement

- Pathologie trompeuse ou atypique, évoluant plus rapidement ou plus lentement que la pathologie habituelle
- Action thérapeutique trop lente, peu efficace
- Assurance donnée au patient d'une évolution favorable sur la base d'une évolution habituelle
- Explication de la pathologie pauvre. Instructions non fournies au patient ou à sa famille sur l'évolution à attendre et sur les symptômes qui doivent alerter
- Autre (à déterminer)

2. Tempo du médecin

- Difficultés d'accès à la bonne connaissance au bon moment (pression de la fatigue, des interruptions etc.)
- Technique requise pour acte médical mal appliquée
- Compétences insuffisantes du médecin
- Autre (à déterminer)

3. Tempo de cabinet

- Interruptions fréquentes (téléphone, patients, secrétaire, etc.)
- Données médicales insuffisamment tracées
- Autre (à déterminer)

4. Tempo du patient

- Délai dans l'expression des symptômes
- Expression incorrecte des symptômes
- Mauvaise observance
- Relation médecin-patient non optimale
- Autre (à déterminer)

5. Tempo du système

- Retard dans l'obtention des rendez-vous pour les examens (imagerie, biologie)
- Retard dans l'obtention des rendez-vous avec des spécialistes
- **Perte d'information entre professionnels de santé**
- Retour à domicile inapproprié d'un patient envoyé à l'hôpital
- Autre (à déterminer)

Synthèse :

DP : facteur technique (système information-> données erronée ou manquante)

DS : proc de soins (procédure – protocole)

Tempo du système : Perte d'information entre professionnels de santé

8. Liste des abréviations

ADL : Activities of Daily Living

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CADYA : Catégorisation des Dysfonctionnements en Ambulatoire

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CREX : Comité de retour d'Expérience

DMP : Dossier Médical Partagé

DP : Dysfonctionnement Principale

DS : Dysfonctionnement Secondaire

DT : Dysfonctionnement Totaux

EI : Événement Indésirable

EIG : Évènement Indésirable Grave

ELAS : évènement indésirable associé aux soins

ENEIS : Enquête Nationale sur les Événements Indésirables associés aux Soins

ESPRIT : Étude Nationale en Soins primaires sur les Événements en Soins Primaires

EVISA : Évènements Indésirables liés aux Soins extra hospitaliser

FT : Facteurs Techniques

FH : Facteurs Humains

GTP : Groupe de Travail Pluriprofessionnel

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier diplômé d'état

MSP : Maison de Santé pluriprofessionnel

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PS : Processus de Soins

PSL : Professionnels de Santé Libéraux

PTA : Plateforme Territoriale d'Appuie

RMM : Revue de Morbi Mortalité

SSIAD : Service de Soins Infirmier à Domicile

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé :

Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) chez la personne âgée fragilisée : étudier et prévenir sur le territoire de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) du Champsaur Valgaudemar

Introduction : L'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins sont des éléments essentiels dans la prise en charge des patients. Les enjeux concernent aussi bien le patient, que le médecin mais ce sont également des enjeux économiques. L'analyse des événements indésirables associés aux soins est répandue et standardisée en milieu hospitalier, mais reste une pratique rare en soin primaire. La personne âgée fragilisée du fait de ses caractéristiques est une population vulnérable face aux EIAS. L'élaboration de ce travail s'inscrit dans une démarche d'identification des EIAS survenant chez des personnes âgées fragilisées non dépendantes sur un territoire spécifique (Champsaur Valgaudemar) et sur la mise en place d'un dispositif pluriprofessionnel d'analyse des EIAS visant la rédaction de préconisations.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude analytique descriptive. 1. Repérage des personnes âgées fragilisées dans le territoire du Champsaur Valgaudemar et identification des EIAS. 2. Analyse des EIAS en groupe pluriprofessionnel à l'aide de la grille CADYA couplée à la méthode Tempos. Identification d'un dysfonctionnement principal et d'un dysfonctionnement secondaire. Calcul de la fréquence des EIAS. 3. Formulation de préconisations.

Résultats : Au total, 16 EIAS ont pu être analysés en GTP (groupe de travail pluriprofessionnel). Parmi les principaux dysfonctionnements identifiés à l'aide de la grille CADYA, les DP (dysfonctionnement principaux) liés au Processus de soins (PC) (81,25 %, n=13) sont prédominants. On retrouve aussi 12,5 % de facteurs techniques (FT) et 6,25 % liés aux FH (facteurs humains) et aucun facteurs environnementaux (FE). Concernant les DS (dysfonctionnement secondaire), 13 ont été identifiés : 46,1 % de FT, 38,5 % liés aux FH, et 14,4 % liés aux PC. Aucun FE n'a été retrouvé. Par fréquence décroissante des DT (dysfonctionnement totaux) les processus de soins représentent plus de la moitié (52 %, n=15), puis les facteurs techniques (27,6 %, n=8) et enfin les facteurs humains (20,6 %, n=6). Plus de la moitié des EIAS identifiés sont dues au Tempos du système 63% et principalement sur la perte d'information entre les professionnels de santé, 19 % sont dues au Tempos du médecin, 12 % le Tempos du patient et 6 % celui de la maladie et du traitement.

Discussion : Malgré le nombre limité de cas dans cette étude, les résultats sont comparables avec les données de la littérature. Les dysfonctionnements liés aux processus de soins et notamment la communication entre les soignants sont les principaux identifiés. Le travail en équipe pluriprofessionnel est un outil clé dans la prise en charge du patient mais nécessite une pleine coopération de toutes les équipes pour être efficace et éviter la survenue d'EIAS car chaque maillon est une barrière supplémentaire à la survenue des EIAS. Le patient est également un atout central dans la prise en charge de ses soins. Plusieurs facteurs liés à l'humain peuvent favoriser la survenue d'EIAS : comportements à risque (stress, colère, fatigue ou un défaut d'implication dans les soins), surcharge de travail, condition particulière des patients mais aussi des facteurs liés au territoire et à l'offre de soin. La grille CADYA couplée à la méthode Tempos est un bon outil pour l'analyse des EIAS en ambulatoire car elle permet d'étudier toutes les dimensions du patient et initier des actions correctives.

MOTS CLES : Événement indésirable, personne âgée, fragilité, pluriprofessionnel, CADYA, Tempos, sécurité et qualité des soins.