

# DGOS

Direction générale  
de l'offre de soins

L'étude ESPRIT et ses  
enseignements

Séminaire FNCS  
17 juin 2016



LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE  
DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

# Qualité et sécurité des prises en charge en soins de ville

## L'étude ESPRIT et ses enseignements

Dr Philippe Magne

Bureau qualité sécurité des soins, DGOS

# (« in ») Sécurité des prises en charge « en ville » : événements indésirables et infections associés aux soins

- « Bonnes pratiques » de santé publique :  
Pas d'action sans mesure
- Deux grandes études nationales « hospitalo-centrées » (ENEIS 2004 et 2009)

Un constat : très peu de données disponibles sur le secteur de ville en France

⇒ Des mesures : enquête IAS ville, AAP « Esprit », un projet  
« ENEIS-III »

# Sécurité des prises en charge en soins de ville

## Le constat en 2011 : suites données

- Dans le domaine des infections associées aux soins
  - Saisine de l'InVS  $\Rightarrow$  Ραππορτ ΙνζΣ νοπεμβρε 2011 :  $\leftrightarrow$  επιδημιολογικες ινφεκτιονσ ασσοχιεσ αυξ σοινσ δανσ λε σεχτευρ αμβυλατοιρε : ρεπωε δεσ δοννεσ δισπονιβλεσ
- Dans le domaine des événements indésirables associés aux soins
  - Appel à projet d'étude DGOS 2011  $\Rightarrow$  étude ESPRIT (2012/2013)
- Groupes « projet » suite à ces résultats

# Les études ENEIS 2004 et 2009

## Résultats

- 4,5 % des séjours sont causés par un EIG : médecine (5,3 %) vs chirurgie (3,4 %).
- Proportion de séjours causés par des EIG évitables 2,6 %
- Estimation annuelle : 330 000 à 490 000 EIG , dont 160 000 à 290 000 évitables.  
[+ 9% par rapport à 2004]
- Impact clinique : menace vitale (0,6 %) et/ou incapacité (0,4 %).
- Causes principales :
  - Produits de santé : 1,6 % des admissions dont médicaments 1,3 % ;
  - Procédure, dont actes invasifs essentiellement 0,8 % ;
  - Infections liées aux soins, notamment du site opératoire 0,7 % :  
par infection existant lors de la sortie, ou soins de site opératoire non optimaux.
- Limites méthodologiques :

Les résultats ne permettaient pas de faire la part des EIG prenant leur source dans une pratique « de ville », de ceux prenant leur source dans des soins réalisés lors d'une hospitalisation précédente.

# L'étude EVISA

## Résultats

- Médicaments 38 des 47 cas (81 %)
  - anticoagulants (12, dont 10 AVK),
  - psychotropes (8, dont 5 neuroleptiques),
  - antihypertenseurs (6, dont 4 diurétiques) et cardiotropes (3 dont deux à la Digoxine),
  - antalgiques (4) et à l'insulinothérapie (2)
- Deux infections générées en médecine de ville cause d'hospitalisation (4 % des EI)
- Pathologies chroniques :
  - fibrillation auriculaire (13),
  - démences (6),
  - douleur chronique (4),
  - insuffisance cardiaque (3) et HTA (3)

# L'étude EVISA

## Résultats (2)

Type de cause immédiate	Nombre de cas (%)
Erreur d'indication thérapeutique	14 (29.8)
Directement associée au patient ou à son entourage	11 (23.4)
Défaut de surveillance	9 (19.1)
Retard thérapeutique	6 (12.8)
Défaut de prévention	3 (6.4)
Erreur diagnostique	3 (6.4)
Retard diagnostique	1 (2.1)



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE  
DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

# L'étude ESPRIT (2013)

Points clés de l'« Etude nationale en Soins PRImaires sur les évènements indésirables (ESPRIT) »

[source : présentation de Ph. Michel (HCL, Lyon),  
au nom du CCECQA (Bordeaux) et du groupe de travail ESPRIT]



# ESPRIT : Objectifs

## Objectif principal

- Estimer au niveau national l'incidence des événements indésirables associés aux soins (EIAS) en soins primaires et d'en décrire la typologie

## Objectifs associés

- Obtenir un consensus professionnel sur la définition des EIAS en soins primaires et d'une typologie
- Étudier la perception des médecins généralistes sur la sécurité des soins et les principales barrières
- Tester la faisabilité et l'acceptabilité de ce type de collecte de données

⇒ **Définition, taxonomies,  
méthodologie d'étude**

# Définition OMS « adaptée »

## AVANTAGES

- Relativement neutre
- Référence dans la littérature
- Permet le recueil des EI qui ne concernent pas directement les médecins généralistes (recadrage de l'étude)
- Bien cotée

**FERNALD** « N'importe quel événement qui peut porter atteinte au patient et dont vous souhaitez qu'il ne se reproduise pas de nouveau. »

## **OMS (2007)**

Un **incident relatif à la sécurité des patients** est un événement ou une circonstance qui aurait pu entraîner, ou a entraîné, une atteinte inutile pour un patient.

**« Un événement indésirable est un événement ou une circonstance lié 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. »**

# Taxonomie de Makeham

1. **Erreurs de procédures de soins**
  - 1.1 **Erreurs liées à la coordination du système de soins**
    - 1.1.1 Identification incorrecte du patient
    - 1.1.2 Rendez-vous et messages
    - 1.1.3 Enregistrement du dossier du patient
    - 1.1.4 Système de rappel
    - 1.1.5 Système informatique
    - 1.1.6 Maintien d'un environnement physique sûr
    - 1.1.7 Disponibilité de soins, heure, personnel inadéquat
    - 1.1.8 Secret Professionnel
    - 1.1.9 Pratique ou procédure de soins non spécifiée
  - 1.2 **Erreurs liées aux examens complémentaires**
    - 1.2.1 Identification incorrecte du patient
    - 1.2.2 Processus de requête d'un examen
    - 1.2.3 Processus d'entreprise d'un examen
    - 1.2.4 Processus de compte-rendu ou gestion de compte-rendu
    - 1.2.5 Autres
  - 1.3 **Erreurs liées aux traitements médicamenteux**
    - 1.3.1 Rédaction électronique ou manuscrite de prescription
    - 1.3.2 Autre erreur liée à la réalisation d'une prescription
    - 1.3.3 Délivrance du traitement
    - 1.3.4 Auto médication par le patient
    - 1.3.5 Autres

- 1.4 **Erreurs liées aux traitements non médicamenteux**
  - 1.4.1 Processus de vaccinations
  - 1.4.2 Processus d'entreprise d'un traitement non médicamenteux
  - 1.4.3 Autres processus non spécifiés
- 1.5 **Communication et autres processus non spécifiés**
  - 1.5.1 Avec le patient
  - 1.5.2 Avec l'hôpital
  - 1.5.3 Avec les autres soignants du parcours de soins
  - 1.5.4 Erreurs de référents dans le parcours de soins
  - 1.5.5 Autres
- 2 **Erreurs de connaissances et de savoir-faire**
  - 2.1 **Erreurs de diagnostic**
    - 2.1.2 Dans la prise des antécédents ou interrogatoire du patient
    - 2.1.3 Dans l'examen clinique
    - 2.1.4 Dans les examens complémentaires demandés
    - 2.1.5 Dans l'interprétation des examens complémentaires
    - 2.1.6 Erreurs de connaissance des bonnes pratiques
    - 2.1.7 Autres
  - 2.2 **Erreurs de gestion de soins du patient**
    - 2.2.1 Gestion d'un traitement médicamenteux
    - 2.2.2 Erreur de savoir-faire dans la gestion d'une vaccination
    - 2.2.3 Erreur de savoir-faire dans la gestion d'une procédure
    - 2.2.4 Autres

# Méthode des *tempo*s

- Problèmes d'organisation du cabinet (tempo ***cabinet***)
- Défaut de connaissances, de compétences ou de mobilisation de ces compétences du MG répondant (tempo ***médecin***)
- Évolution inhabituelle des comorbidités ou de la maladie (tempo ***maladie***)
- Perte de temps du patient avant ou durant sa prise en charge (tempo ***patient***)
- Défauts d'organisation ou de communication entre professionnels et structures de santé (tempo ***système***)

# Méthodologie de l'étude

- **Étude d'incidence** de type « une semaine donnée »
- Collecte longitudinale par des médecins généralistes du réseau GROG
- Séminaire d'experts
  - Valider/invalider la notion d'EIAS
  - Coder chaque EIAS selon la taxonomie de Makeham et la méthode des *tempo*s
  - Apprécier le caractère évitable (échelle de 1 à 6)
  - Méthode
    - ✓ Analyse indépendante de deux experts de chaque EIAS, recherche de consensus si divergence
    - ✓ Analyse de recours en cas de discordance persistante

# Echantillon

198 Médecins appelés

38 échecs de l'appel

160 Médecins contactés

27 refus → Taux de refus 17%

133 Médecins retenus

6 abandons → Taux d'abandon 5%

- 2: faute de temps
- 1: collecte trop lourde
- 3: retirés de l'étude car, malgré les relances, non connexion au site

127 Médecins participants

→ Taux d'acceptation de participation 79%



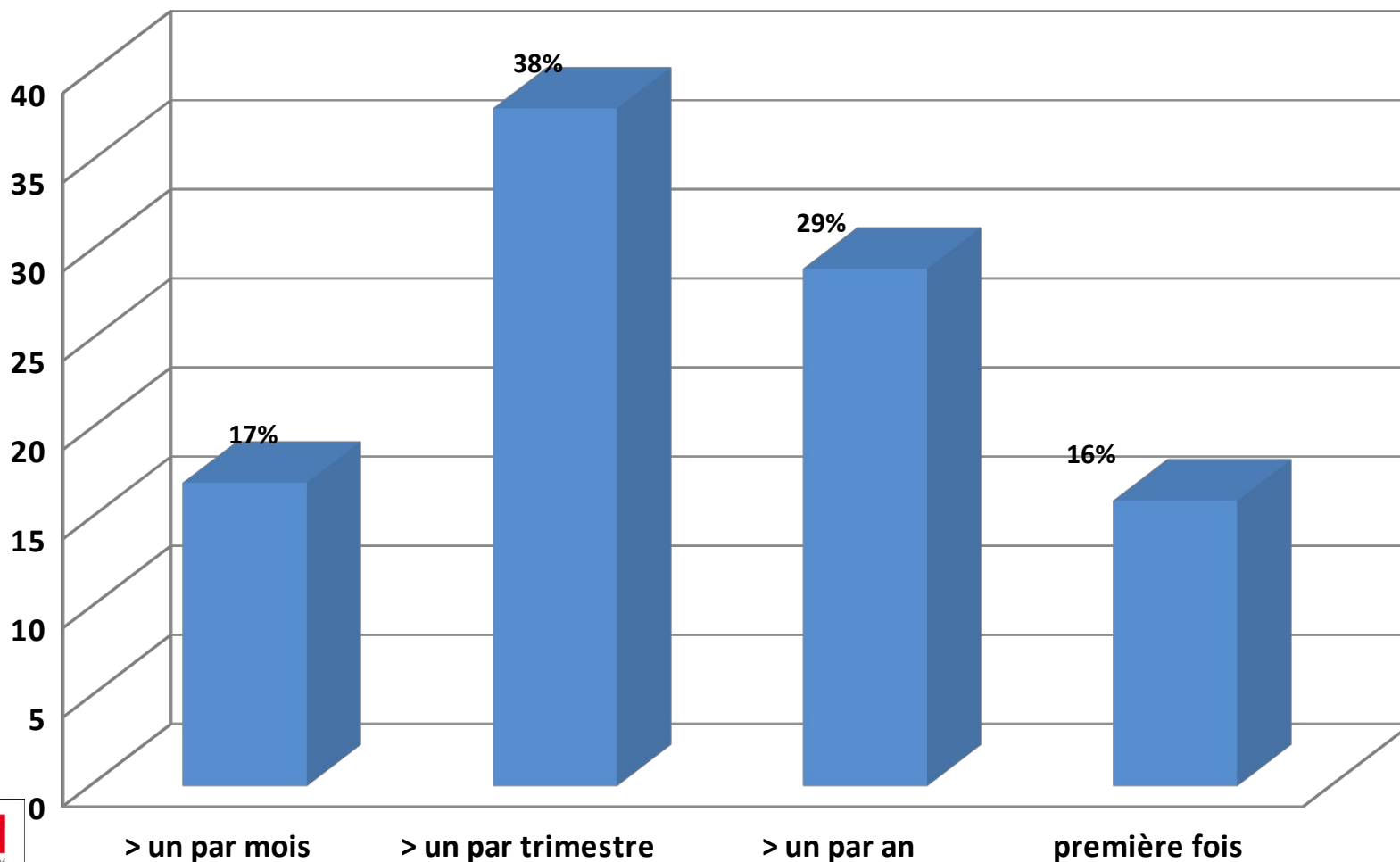
MINISTÈRE  
DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

# Répartition des actes déclarés

type d'acte	Nombre d'actes	%
consultation	11 023	82%
contact téléphonique	1 090	8%
visite	1 022	8%
intervention en Ehpad	303	2%
<b>Total</b>	<b>13 438</b>	<b>100%</b>

- 13 438 actes au total
- 649 journées observées
- 21 actes par jour ( $\pm 10$  E.T.) par médecin [1 ; 54]
- 13 ont recueilli un acte; 3 ont recueilli 54 actes

# Fréquence perçue de survenue de ce type d'EIAS





# EIAS évitables, incidence

- 72% des 475 ont été considérés comme évitables
- Total de 270 EIAS sur 12348 actes, soit :  
**22 EIAS évitables pour 1000 actes**
- Incidence similaire en consultation (21‰), visites dont intervention en Ehpad (26‰)
- Chaque MG a détecté/ observé en moyenne  
**1 EIAS évitable tous les 2 jours**

# Types d'EIAS évitables

(classification de Makeham)

- $\frac{3}{4}$  par défaut(s) dans le processus de soin
  - Dysfonctionnement au cabinet,
  - Communication avec patient et autres professionnels de santé,
  - Erreurs dans la gestion des examens complémentaires et des traitements
  
- $\frac{1}{4}$  par défaut(s) de connaissance, de compétence ou de mobilisation de celles-ci

# Types d'EIAS évitables

## *Tempo* majoritaire

- 42% problème d'organisation du ***cabinet***
- 21% défaut d'organisation ou de communication entre professionnels / structures (tempo ***système***)
- 20% défaut de connaissance, compétence ou mobilisation de compétence (***médecin***)
- 10% perte de temps du ***patient***
- 3% évolution inhabituelle de la ***maladie***

# Conclusions d'ESPRIT

Les EIAS sont fréquents et « bien récupérés »

- 1 EIAS tous les 2 jours par médecin
- Les 3/4 des EIAS n'entraînent aucune conséquence clinique

Les EIAS cliniquement graves sont exceptionnels  
(décès, menace vitale ou incapacité physique définitive)

- 0,07% des 13 438 actes inclus dans l'étude (9 cas)

Problèmes d'organisation et de communication essentiellement

- Problèmes d'organisation en cabinet médical
- Rédaction des prescriptions (informatisée ou non)
- Communication avec les patients
- Défauts de (mobilisation des) connaissances et compétences.

# La démarche poursuivie par la DGOS

## Une enquête et trois actions

1. Enquête « **Perception par les professionnels de santé du risque infectieux associé aux soins de ville-2013** »  
[en ligne sur le site du ministère, publié dans HygièneS]
2. Charte « **Prévention des risques infectieux et de la résistance des bactéries aux antibiotiques** »
3. Site internet : « **Risque infectieux en pratique de soins de ville** »
  - .recommandations, d'informations et de communication en hygiène et en infectiologie
  - .administré par les CCLIN, en lien avec l'UNPS et les unions régionales
4. Guide SF2H en collaboration avec GT « **IAS ville** » :

### « **BONNES PRATIQUES ESSENTIELLES EN HYGIÈNE À L'USAGE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE VILLE** »

# Sécurité des prises en charge en soins de ville

## La démarche poursuivie (2)

- Extension des missions du groupe « ville » au-delà des IAS
- Prochains axes de travail
  1. Développement de référentiels et outils d'auto-évaluation de l'environnement de travail
  2. Communication et outils interactifs de signalement / support
  3. Valorisation des bases de données existantes sur les EIAS en soins de ville ; mise en commun et exploitation de ces informations
  4. Risques professionnels
  5. ...

# Projet d'étude ENEIS- III

## Objectifs et modalités

- Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins dans les trois secteurs du parcours de santé (ville, hébergement médico-social [EHPAD] et établissements de santé) :
- Prévalence de ces événements, analyse qualitative de leurs natures et de leurs causes, caractère évitable, évaluation des mesures correctives mises en œuvre.
- AAP par suscitation
- Résultats horizon 2019-2020

Merci de votre attention ...

Philippe Magne

[DGOS-PF2@sante.gouv.fr](mailto:DGOS-PF2@sante.gouv.fr)