

Conférence PHISP
3 février 2010

Evénements Indésirables Graves associés aux soins (EIG)

Expérimentation d'un dispositif de déclaration à l'InVS

Point d'avancement

Dr Isabelle ROGER
Cellule Régionale d'Appui à la gestion des risques cliniques

Institut de veille sanitaire – Département de coordination des alertes et des régions

DGS RI 3

DHOS E 2

Michèle PERRIN, chargée de mission

Contexte réglementaire

- **Loi du 4 mars 2002** : principe de la déclaration des EI
- **Art 117 loi du 9 août 2004** relative à la politique de santé publique : déclaration des EIG soumise à une expérimentation préalable coordonnée par l'InVS
- **Arrêté du 25 avril 2006** : modalités de l'expérimentation

Objectifs nationaux

- Définir un dispositif de déclaration (alerte et réduction des risques)
- Tester la faisabilité, la pertinence et l'efficacité
- Identifier les conditions et les modalités de sa généralisation

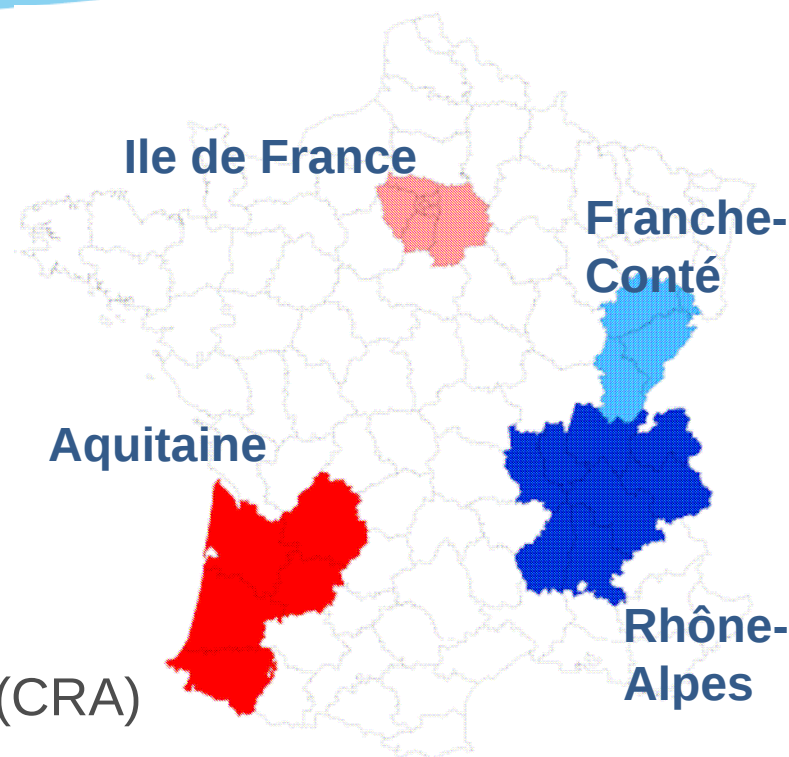
Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Engagement dans l'expérimentation

Événements Indésirables Graves associés aux soins

Copil (DGS, DHOS),
Comité Technique (InVS)

Drass / ARH
Structures supports
et Cellule Régionale d'Appui (CRA)



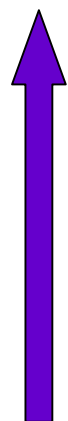
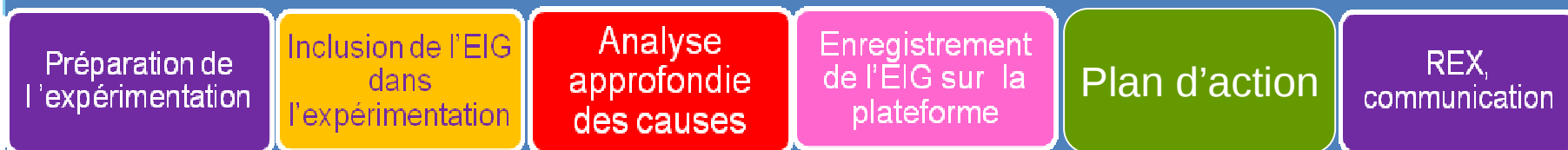
82 établissements de santé et médico-sociaux volontaires

Professionnels de santé, gestionnaires de risques, directions

Démarche pédagogique pour les établissements

En pratique : dans l'établissement

Structure de Gestion Des Risques



- Communication
- Accompagnement personnalisé
- Sensibilisation à la détection des EIG

Aide à l'inclusion



- Formation à la conduite d'analyse
- Aide à l'analyse

Aide méthodologique



- Retour d'Expérience (service, établissement)
- Réunions de partage d'expérience inter-établissements

Cellule régionale d'appui : aide méthodologique à chaque étape !

110 EIG déclarés au 12 janvier 2010

- Déclarations émanant de CHU dans plus de 50 % des cas
- Patients
 - femmes : 50 % , hommes : 50 %
 - âge : 3 à 95 ans
- 85% d'EIG survenus dans le cadre d'une hospitalisation / hébergement
Spécialités concernées :
 - 17 % en gynécologie-obstétrique
 - 11 % en chirurgie orthopédique/orthopédie
 - 8% anesthésie-réanimation
- 58 % sont des EIG de type général (26% de réintervention non programmée ou d'hospitalisation en réanimation)
- **Quasiment tous** (97%) ont donné lieu à une démarche d'analyse
 - Défaillances immédiates et/ou profondes identifiées dans près de 75 % des cas
 - 75 % ont donné lieu à des mesures d'amélioration en termes d'organisation et de communication
 - 50 % considérés comme évitables ou probablement évitables

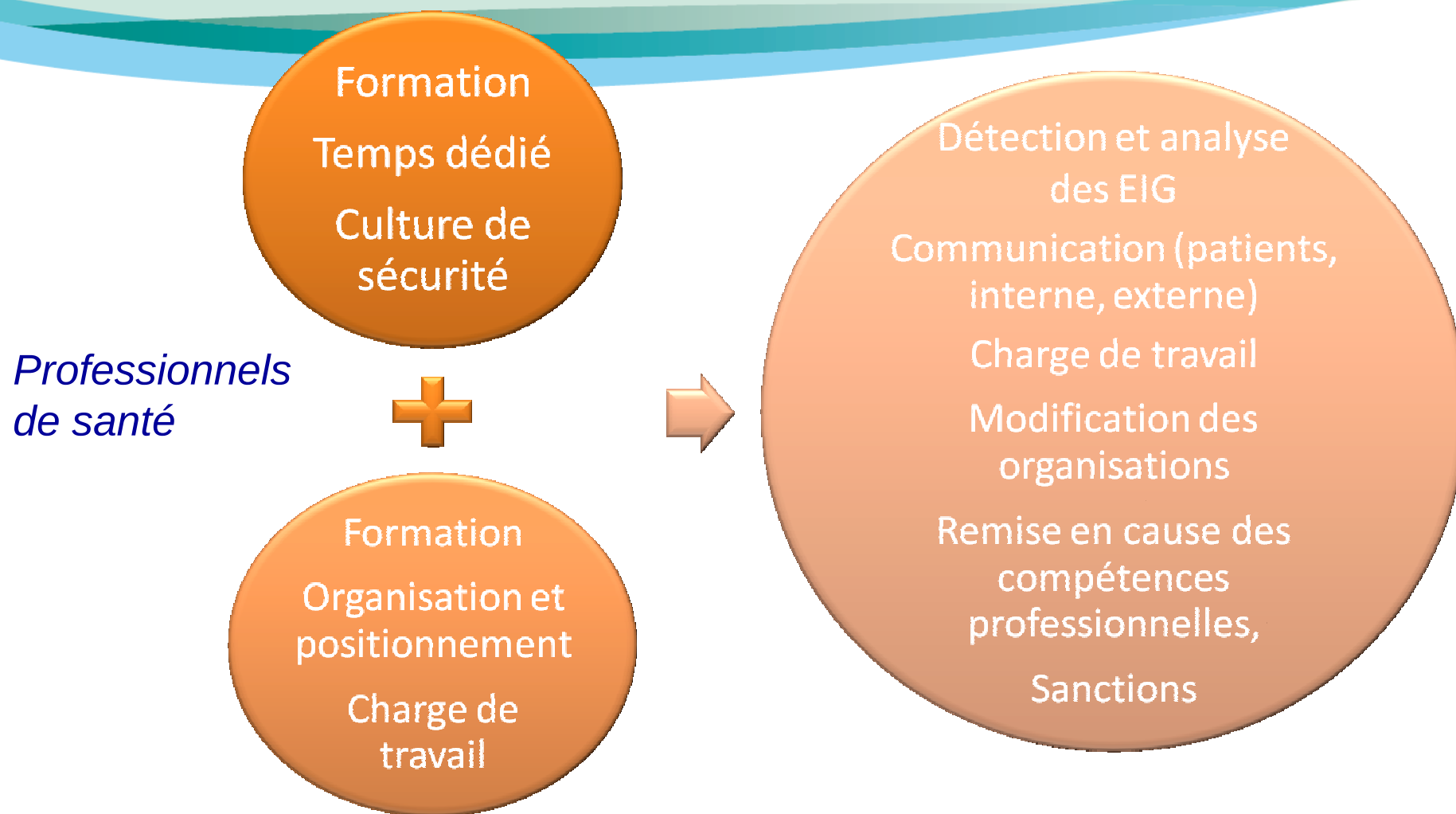
Constat, un an après la mise en œuvre du dispositif

- **Peu d'EIG enregistrés** sur la plateforme informatique de l'InVS (nota : 31 autres EIG en cours d'analyse à ce jour)
- **Suivi des EIG** : mise en place d'actions correctives et/ou préventives (modifications de procédures, changement des organisations...)

Quels sont les freins à la déclaration ?

Des difficultés...

et des craintes ...



Structure GDR établissements

Les leviers

- Sensibilisation et formation in situ
- Diffusion d'outils et de recommandations

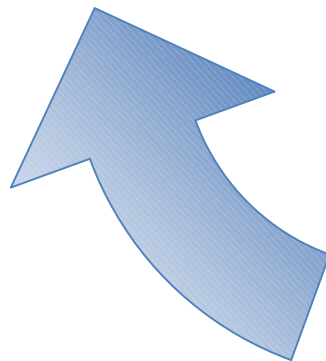


- Charte d'encouragement
- Création de compétences professionnelles soignantes (référents/pôle, cellule d'analyse au sein de la CME....)
- Détection active des EIG

Pédagogiques Organisationnels

GDR des ES

CRA



**Echanges
et partages d'expérience**

La dynamique positive de l'expérimentation

Opportunité pour les établissements

- De renforcer l'organisation de la GDR liés aux soins,
- De développer une analyse collective des causes racines des EIG,
- De mettre en place des actions correctives significatives,
- De partager avec les autres ES de la région sur la prévention des risques liés aux soins (réseau)

*Tirer des enseignements de l'analyse des EIG
dans le but **d'améliorer la sécurité des soins !***

Conclusions

Véritable changement culturelqui nécessite du temps

↳ familiarisation progressive avec le dispositif

- Valeur ajoutée des Cellules Régionales d'Appui en gestion des risques cliniques : proximité, disponibilité, neutralité et confiance
- Fin de l'expérimentation, au terme des 18 mois : juin 2010

↳ préparation de la suite à partir de l'évaluation en cours

***Pour une gestion des risques
intégrée au processus de soins, portée par le management !***

Merci à tous les établissements expérimentateurs

DGS, Sophie Fegueux, Chantal Dumont

DHOS, Valérie Salomon, Michèle Perrin

InVS, Françoise Weber, Corinne Le Goaster, Laure Wallon

Aquitaine

Drass : Suzanne Manetti,

CCECQA : Philippe Michel, Jean-Luc Quenon

CRA : Marie-Pierre Herrera, Isabelle Roger

Ile de France

ARH : Marie-Françoise Dumay

DRASS : Anne Desouches

CH de Gonesse : Jean-Pierre Burnier

CRA : Samia Levy, Laurent Kossorotoff

Rhône-Alpes

Drass : Marie-Christine Annino ,

Clinique du Parc/CRA : Jean-Jacques Lalain,
Philippe Kirstetter, André Van Cuyck,

Marie-Pierre Dupont, Audrey Baumann,

Nathalie Silvent, Bérangère Olivier

CEPPRAL / CRA : Cyrille Colin, Claire Chabloz

Bénédicte Toulouze

Franche-Comté

ARH : Claire Genety

DRASS : Anouk Haeringer-Cholet

RéQua : Patrick Nachin,

CRA : Anne-Monique Cuny, Valentin Daucourt,
Juliette Duchene, Murielle Mathez,

Hélène Thomet