



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Evènements indésirables et place de l'utilisateur

René Amalberti

Haute Autorité de Santé

Mission Sécurité du Patient

LE CONTEXTE

Nous sommes 'victimes' de notre succès

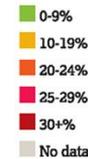
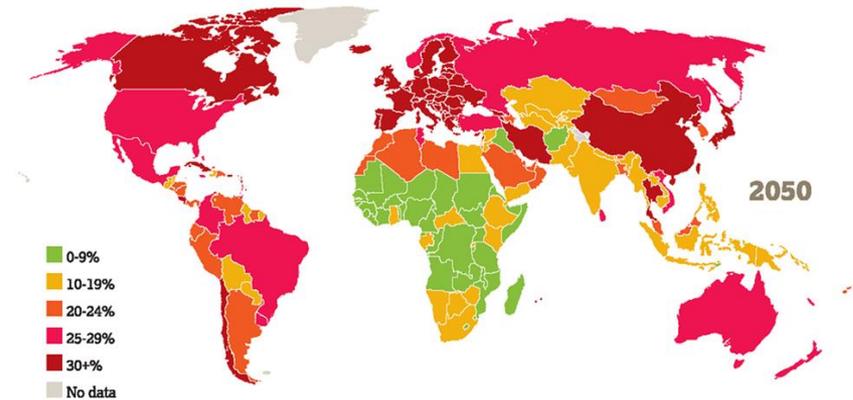
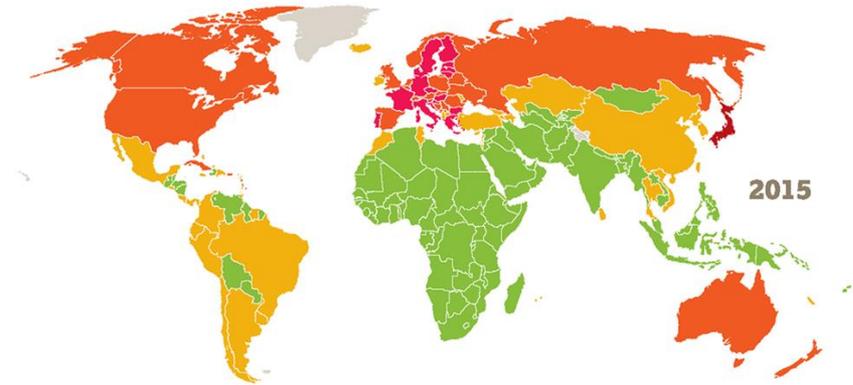
- **Jusqu'en 2025-2030, nous 'créons' près de 500,000 nouveaux patients par an**
- **Par les effets conjugués des progrès médicaux aux deux extrémités de l'âge**
 - **D'une médecine de prévention précoce qui diagnostique et prend en charge des pathologies ignorées jusque là chez des jeunes citoyens**
 - **D'un vieillissement massif qui fait survivre des patients qui seraient morts rapidement il y a seulement 10 ans**

Un vieillissement rapide, massif, et mondial

Pays (par ordre décroissant de vieillissement en 2050)

Pourcentage de la population supérieur à 60 ans

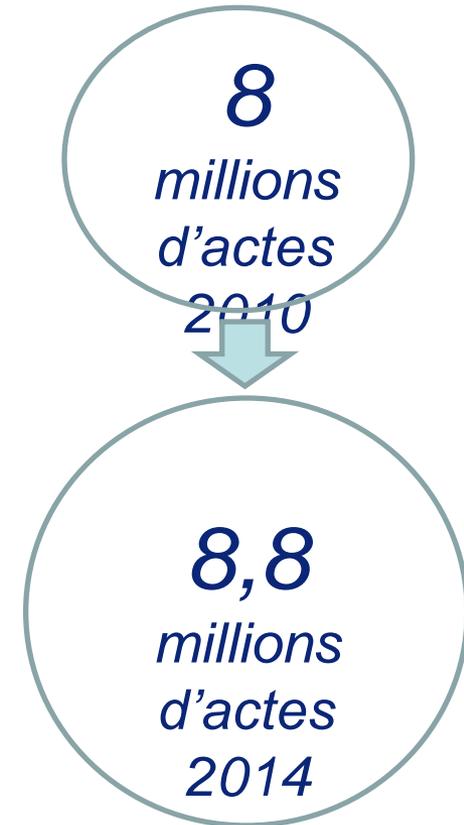
	2015	2030	2050
Japan	33,1	37,3	42,5
Spain	24,4	33,5	41,4
Portugal	27,1	34,7	41,2
Greece	27	33,2	40,8
Italy	28,6	36,6	40,7
Germany	27,6	36,5	39,3
China	15,2	25,3	36,5
Switzerland	23,6	30,6	34,5
Chile	15,7	23,7	32,9
Canada	22,3	29,4	32,5
France	25,2	29,9	31,8
Iran	8,2	14,4	31,2
Ireland	18,4	24,4	31
UK	23	27,8	30,7
Denmark	24,7	29,3	29,9
Sweden	25,5	28,3	29,6
Norway	21	26,2	29,5
Russian Federation	20	24	28,8
Australia	20,4	24,6	28,3
India	8,9	12,6	28
USA	20,7	26,1	27,9
Columbia	10,8	18,3	27,6
Mexico	9,6	14,9	24,7
Oman	4,4	9,4	24,5
Argentina	15,1	21,5	23,6
Moroco	9,6	15,1	23,4
Qatar	2,3	7,9	19,8
Malaysia	8,2	13,2	19,2
Indonesia	8,2	13,2	19,2
Jordan	5,4	8,6	15,8
South Africa	7,7	10,5	15,4
Botswana	5,9	7,9	15,7
Cameroon	4,8	5,2	8,1
Angola	3,8	4,2	5,5



Source Global Age Watch 2015

Croissance rapide de la chirurgie

- **Montée en charge rapide de la chirurgie non invasive et des actes de confort (prothèses de tous ordres, chirurgie esthétique) pour le 'bien vieillir'**
- **Croissance rapide des actes nouveaux :** lithotrities intrarénales, soutènement vésical par bandelette synthétique intra-urétrale, bioprothèse de la valve aortique.
- **Evolution des pratiques:** chirurgie de l'obésité (+61%), arthroplastie (+29% de genou), baisse des adénoïdectomie (-15%)



Source CNAM Juin 2016

Paradoalement les déserts médicaux s'étendent

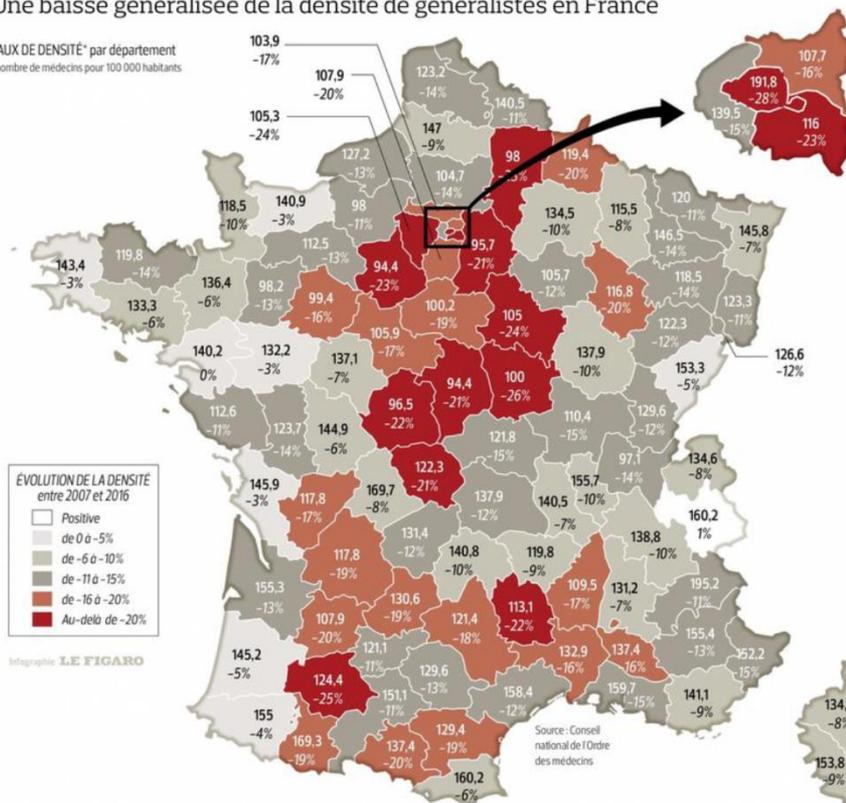
Guillaume Guichard, Service infographie du Figaro Mis à jour le 02/06/2016 à 07:08 Publié le 02/06/2016 à 06:00

25% de lits
d'aigus et de
professionnels de
santé de soins
primaires auront
disparu des déserts
médicaux en 2030

45 % des
patients les plus
fragiles, retraités,
sans emplois,
vieillissants, vivront
dans des déserts
médicaux en 2030

Une baisse généralisée de la densité de généralistes en France

TALX DE DENSITÉ* par département
*nombre de médecins pour 100 000 habitants



L'IMPACT SUR LES EIG ET SUR LE RÔLE DES PATIENTS

Un immense effet domino

Le défi médical de la complexité

- **Aucun système classique, nulle part dans le monde, ne peut résister en organisation et en coût à une telle révolution sur le fond**
 - L'objectif (historique) de guérir est progressivement remplacé par celui de vivre avec ses pathologies, le plus longtemps possible, et le mieux possible (sans contrainte et préjudice social)
- **Plusieurs transformations inéluctables vont changer profondément le rôle des patients**
 - Nombreux passages à l'hôpital aigu dans sa vie, mais de plus en plus courts
 - Des hôpitaux techniques de proximité moins nombreux (plateformes très exigeantes en technique et compétence), appuyé par une logique d'autres établissements moins complexes
 - Bascule dans une logique de parcours, séjour de réhabilitation et continuité à la maison où le patient et ses proches sera forcément plus autonomisé
- **Evolution inéluctable de la relation aux patients, devenus chroniques, mieux éduqués, mieux prévenus, plus autonomisés dans les soins primaires**

Plus d'EIG à attendre plutôt que moins un simple effet mécanique du progrès....

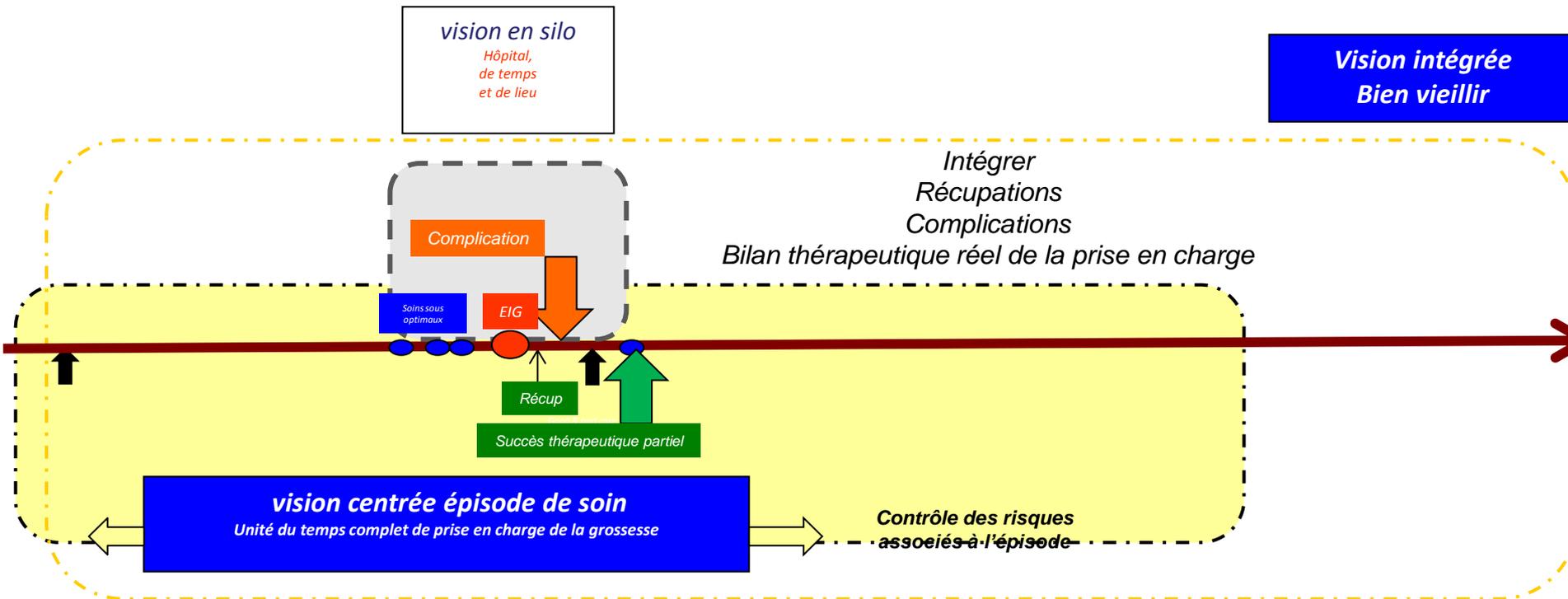
- **Augmentation rapide du volume de patients**
- **Augmentation rapide de la complexité des Prises en Charges**
- **Durées des pathologies étalées sur des dizaines d'années et non sur quelques jours/mois**
- **Période de transition de 20 ans avec un système de santé en souffrance**

Des EIG pour partie différents et dont les patients auront (seuls) une capacité de détection élevée

- **Perte d'une grande partie de la vision totale des EIG par les professionnels**
 - Fragmentation des soins, rupture, absence parfois, prises en charges successives par des professionnels différents
 - Vision souvent limitée à l'acte technique des EIG par les professionnels, ignorant les EIG touchant à la sphère socio-psychologique
 - Durée des pathologies (chronicisation) et difficulté à détecter les défauts de qualité dans les prises en charges qui s'enchaînent, et qui, par accumulation, conduisent à un EIG différé
- **Le patient et son entourage seront incontournables pour détecter et signaler les EIG**

Faire évoluer la mesure de la sécurité

Sortir d'une mesure ponctuelle du risque (le simple compte des EIG)
Adopter une vision parcours, replacer l'EIG dans son parcours de soin
Redéfinir la Sécurité des Soins comme le Contrôle Réussi des Risques sur l'épisode de soins



QUELS CHANGEMENTS INTRODUIRE CONCRÈTEMENT ?

Sept changements de fond à opérer dans l'analyse des EIG

- **INCLURE LES RECITS DE PATIENTS** Travailler avec les patients et les familles pour identifier, définir et prioriser les questions de sécurité, et leur donner une place prépondérante dans les dispositifs de signalement
- **CONSIDER LE PARCOURS PLUTÔT QUE L'ACTE** Elargir le périmètre temporel de l'analyse: analyser le parcours dans des durées longues (mini J-30 à J+30)
- **Développer une EDUCATION THERAPEUTIQUE AUX PATIENTS** dans le domaine de la **GESTION DES RISQUES** en renforçant leur information, en s'appuyant sur des hotlines territoriales, et en budgétant cet effort dans le futur système de santé
- **FEWER DEEPER** Faire beaucoup moins d'analyses, beaucoup plus approfondies, et plus pertinentes (triage et sélection)
- **QUITTER UNE VISION** uniquement centrée **RECHERCHE DE CAUSES**: Comprendre les succès et les échecs dans la détection et la récupération du problème initial et des problèmes suivant, adopter une analyse de **GESTION DES RISQUES**
- **INCLURE TOUTES LES COMPLICATIONS** et non seulement les EIG dans le périmètre de l'analyse (résout le problème des case mix)
- **SORTIR D'UNE VISION SIMPLISTE DES RECOMMANDATIONS DE FIN D'ANALYSE** Sortir d'une vision correctrice qui demande exclusivement de revenir à l'observance des standards Elargir le périmètre des stratégies suggérées avec pragmatisme et savoir faire en gestion du risque

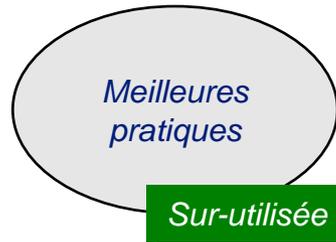
Etablir les bases d'une sécurité du patient autonome au domicile

- **Revoir la définition de la sécurité du patient à domicile**
 - **Autonomie 'connectée', utilisation des produits de la révolution numérique**
 - **Gestion personnalisée du risque, pharmacies de domicile**
 - **Nouveaux standards autonomes de sécurité adaptés aux patients, aidants et à la famille**

Utiliser tout le portfolio des stratégies d'amélioration de la sécurité des soins

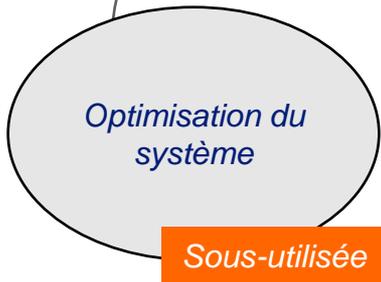
Stratégies d'optimisation

Développer des référentiels et augmenter leur observance



Prendre en compte les facteurs humains et organisationnels :

- Ergonomie
- Nouveaux matériels
- Organisation roulements
- Staffing
- Climat social
- Organisation service



Stratégies de gestion des risques

Définir les no go et les conditions restrictives d'exploitation du système
Autorisations, suivis, audits



Se préparer à faire face à l'inattendu,
Failure to rescue

- coproduction de soin, engagement des patients
- compréhension partagée de la situation
- coproduction de soin
- **récupérer** les situations en s'appuyant sur l'organisation et la culture sécurité
- S'assurer que la sécurité n'est pas sacrifiée aux profit d'autres priorités



Limiter les conséquences
-**Réduire la gravité**

- Pour les victimes, les équipes, l'hôpital, les soins primaires
- Financières et judiciaires
- Transparence et honnêteté pour maintenir le lien de confiance et de

POUR RÉSUMER

Droits et devoirs des patients et professionnels dans ce nouveau rôle sur les EIG

- **L'impossible illusion**
 - **Vivre 100 ans sans EIG avec multes pathologies**
- **Le but à atteindre**
 - **Eviter les EI graves avec un préjudice remettant en question le vivre longtemps et le bien vieillir**
 - **Ne pas se focaliser sur 'éviter' les EI 'mais privilégier la détection et récupération rapide avant toute conséquence et passage à EIG**

Droits et devoirs des patients et professionnels dans ce nouveau rôle sur les EIAS

- **Signaler (pour les patients), ce qui signifie avoir une plateforme à cet effet**
 - Pour améliorer en continue la qualité
 - Bloquer les conséquences graves bien à l'avance
 - En renonçant à tout mélange avec une quelconque idée juridique dans ce processus de signalement
 - Le patient doit devenir acteur (responsable) d'un système d'une immense complexité dont il tire bénéfice
- **Expliquer (pour les professionnels)**
 - ce qu'est la prise en charge attendue, ses règles, sa gestion de risque (éducation thérapeutique)
- **Analyser (pour les professionnels)**
 - Les récits des patients, en les corrélant aux prises en charge
 - Distinguer le type d'analyse conduit
 - Retour immédiat des professionnels vers chaque patient pour corriger la prise en charge (obligatoire) avec rétro-information au patient,
 - Analyse sur le fond des causes et conséquences de l'évènement signalé((fewer et deeper, avec tous les acteurs autour de la table)

TELECHARGEMENT GRATUIT
<http://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-25559-0>

