

Gestion des risques : Peux-t-on faire sans?

**Pourquoi ? Gestion des risques et résultats en
santé**

René Amalberti

UN PAYSAGE ET DES ENJEUX DE SECURITE DES SOINS MAL COMPRIS

Un risque qui demeure très élevé dans l'absolu

ENEIS 2, novembre 2010
EIG pendant Hospitalisation

Un EIG tous les 5 jours
dans un service de 30 lits

Incidence des EIG supérieure en
chirurgie

Aucune amélioration depuis ENEIS 1 en
2004



La sécurité du patient : Événements indésirables associés aux soins et politique de réduction des risques

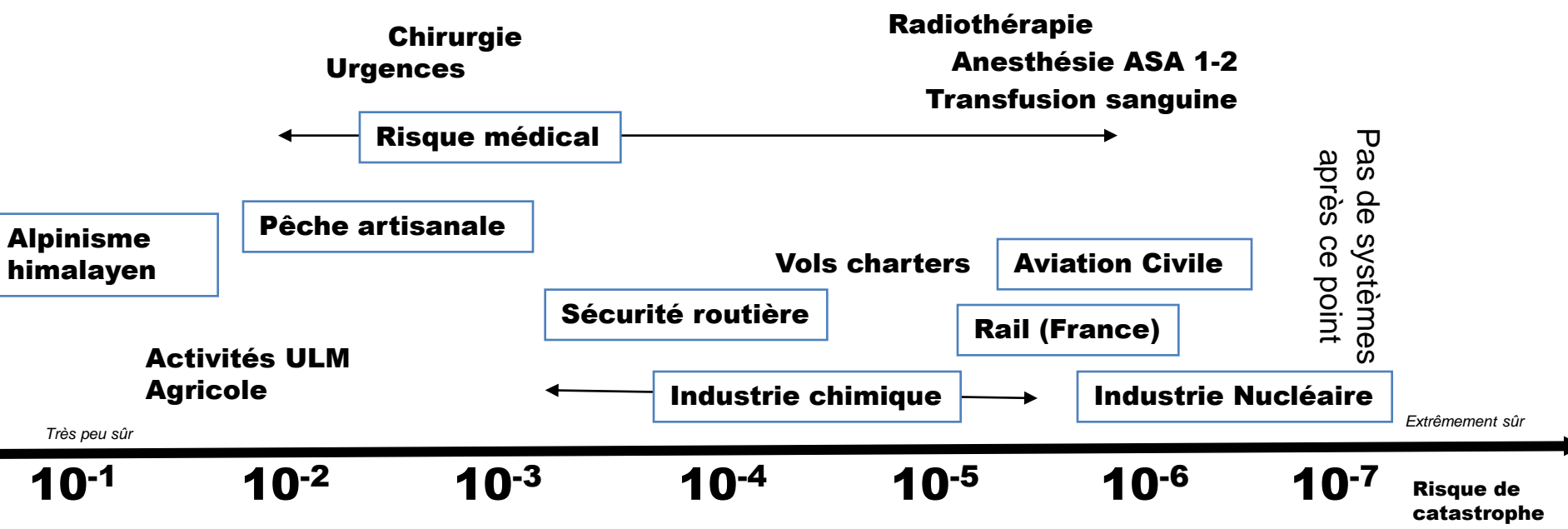
ENEIS 2
EIG comme cause d'hospitalisation

Un séjour sur 20 est causé par un
événement indésirable grave associé
aux soins

Augmentation depuis 2004 de la
proportion de séjours causés par des EIG
évitables liés aux infections post
opératoires mal suivies en ambulatoire



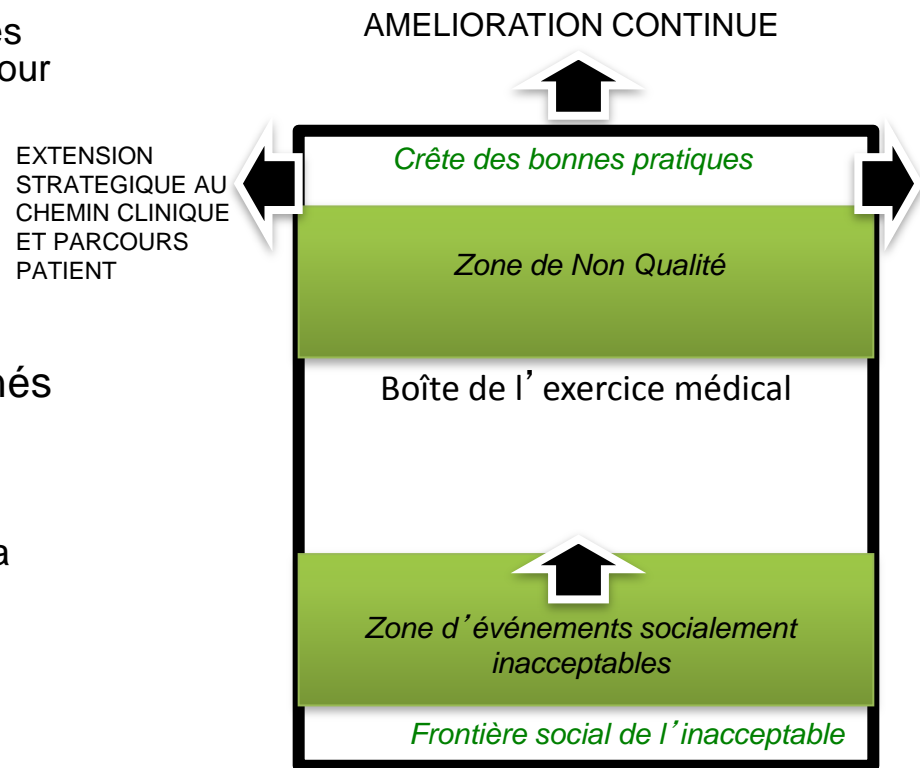
La sécurité du patient : Événements indésirables associés aux soins et politique de réduction des risques



Evénements indésirables

Sécurité du patient = Surprises dans la prise en charge du patient

- **Complications connues** par les sociétés savantes mais évidemment non espérées pour nos patients
- **Evènements incroyables**, non imaginés par les sociétés savantes
 - Erreur de patiente dans sa chambre, avortement sur mauvaise patiente
 - Information au téléphone donnée à la patiente dans le service par un personnel non qualifié, complication grave à l'issue



Est qu'on a progressé? Ça dépend...

The Long Road to Patient Safety
A Status Report on Patient Safety Systems

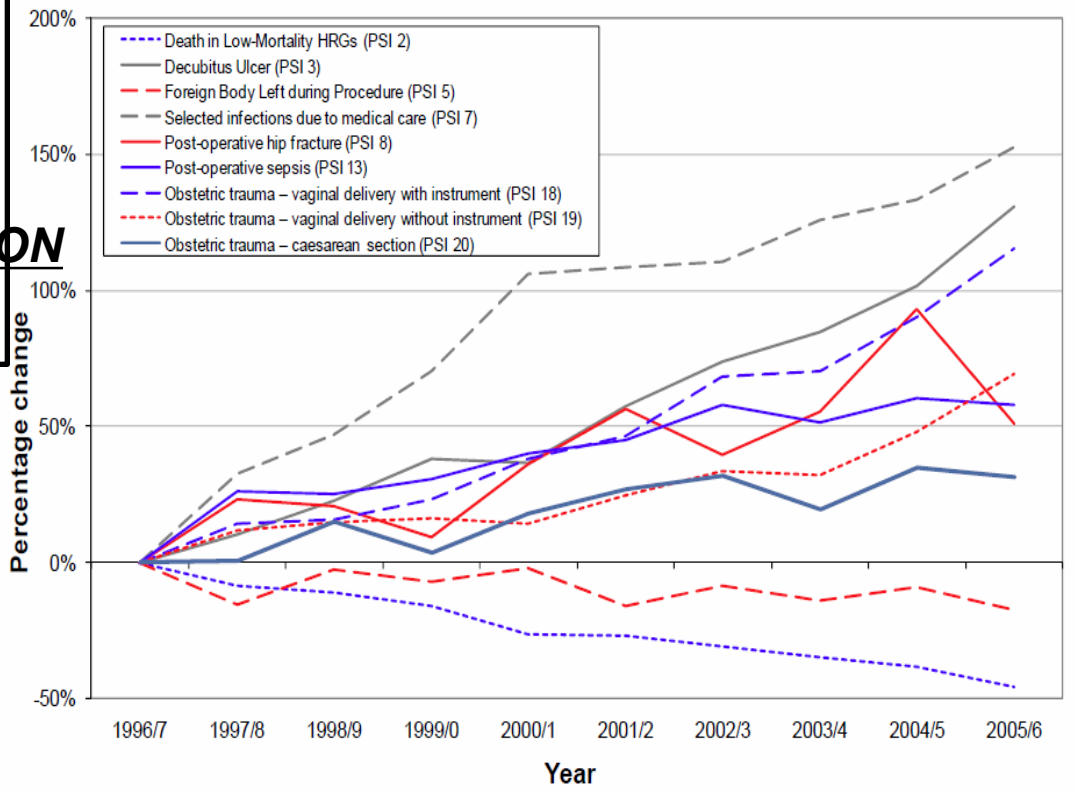
David H. Langa, M.D., M.P.H.
2010, December 15, 2010
For the GAO, HHS, and
NIH, and the Institute of Medicine

2005...NON

2008...NON

Is health care getting safer?
Decision makers in hospitals, to improve patient safety, will have little idea whether they have worked. **Charles Vincent and colleagues** argue that we need to develop systematic measures.

2010...NON



2010...NON

Patient Safety At Ten: Unmistakable Progress, Troubling Gaps

By Robert M. Wachter

December 1, 2009

ABSTRACT December 1, 2009, marks the tenth anniversary of the Institute of Medicine report on medical errors, *To Err Is Human*, which arguably launched the modern patient-safety movement. Over the past decade, a variety of pressures (such as more robust accreditation standards and increasing error-reporting requirements) have created a stronger business case for hospitals to focus on patient safety. Relatively few health care systems have fully implemented information technology, and we are finally grappling with balancing "no blame" and accountability. The research pipeline is maturing, but funding remains inadequate. Our limited ability to measure progress in safety is a substantial impediment. Overall, I give our safety efforts a grade of B-, a modest improvement since 2004.

2010...NON

SPECIAL ARTICLE

Temporal Trends in Rates of Patient Harm Resulting from Medical Care

Christopher P. Landrigan, M.D., M.P.H., Gareth J. Parry, Ph.D., Catherine B. Bones, M.S.W., Andrew D. Hackbarth, M.Phil., Donald A. Goldmann, M.D., and Paul J. Sharek, M.D., M.P.H.

CONTRASTE FRAPPANT AVEC LA PERFORMANCE GLOBALE DU SYSTEME DE SANTÉ

3 mois de vie supplémentaire par an depuis 10 ans

Moins de complications dans toutes les pathologies

Attention à prendre en compte la variété du réel



Aviation civile

Pêche pro

Et vous??

Solution A : attendre les conditions idéales

40

5

Solution B : faire en suivant toutes les préconisations de sécurité, ou revenir au NON GO de la solution A

58

55

Solution C : faire 'sans toutes les bretelles' pour des raisons tactiques ou stratégiques

2

43



Risque = Collège National Gynécologues et Obstétriciens



Efficiency, Security and Resilience

Patient 45 years, Breast Cancer.

- Cas A: 20 February, ideal conditions in the service, favorable extension bilan, cure achieved in 6 months
- Cas B: 15 July, difficult conditions in the service, vacations, replacements, decision of immediate takeover, several EIG : port-à-cath mal posé reposé le lendemain, bilan biologique retardé à domicile à 4 mois (période de Noël), retard à la détection d'infection intercurrente liée à une aplasie partielle, ré hospitalisation en urgence, finalement guérison acquise en 8 months
- Case C: 15 July, difficult conditions in the service, vacations, replacements, decision of takeover delayed by 5 weeks to propose the conditions the most safe and effective of takeover, metastatic extension during the waiting
- Case D: 30 March, ideal conditions, Patient error in the placement of the chemotherapy, shock and transfer to intensive care

Where are our needs, how to help and judge these establishments?

Une vision naïve de la sécurité trop centrée sur la prévention



THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

Variation in Hospital Mortality Associated with Inpatient Surgery

Amir A. Ghaferi, M.D., John D. Birkmeyer, M.D., and Justin B. Dimick, M.D., M.P.H.

ABSTRACT

BACKGROUND
From the Michigan Surgical Collaborative for Outcomes Research and Evaluation, the Department of Surgery, University of Michigan, Ann Arbor. Address reprint requests to Dr. Ghaferi at Michigan Surgical Collaborative for Outcomes Research and Evaluation, 311 N. Fourth Ave., Suite 201, Ann Arbor, MI 48104, or at aghaferi@umich.edu.
N Engl J Med 2009;361:1368-75.
Copyright © 2009 Massachusetts Medical Society.

Hospital mortality that is associated with inpatient surgery varies widely. Reducing rates of postoperative complications, the current focus of payers and regulators, may be one approach to reducing mortality. However, effective management of complications once they have occurred may be equally important.

METHODS
We studied 84,730 patients who had undergone inpatient general and vascular surgery from 2005 through 2007, using data from the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program. We first ranked hospitals according to their risk-adjusted overall rate of death and divided them into five groups. For hospitals in each overall mortality quintile, we then assessed the incidence of overall and major complications and the rate of death among patients with major complications.

RESULTS
Rates of death varied widely across hospital quintiles, from 5.5% in very-low-mortality hospitals to 6.9% in very-high-mortality hospitals. Hospitals with either very high mortality or very low mortality had similar rates of overall complications (24.6% and 26.9%, respectively) and of major complications (18.2% and 16.2%, respectively). Rates of individual complications did not vary significantly across hospital mortality quintiles. In contrast, mortality in patients with major complications was almost twice as high in hospitals with very high overall mortality as in those with very low overall mortality (21.4% vs. 12.5%, $P<0.001$). Differences in rates of death among patients with major complications were also the primary determinant of variation in overall mortality with individual operations.

CONCLUSIONS
In addition to efforts aimed at avoiding complications in the first place, reducing mortality associated with inpatient surgery will require greater attention to the timely recognition and management of complications once they occur.

Les établissements qui présentent le plus grand risque pour le patient ne sont pas ceux qui ont le plus gros taux de complications et d'erreurs, mais ceux qui ne traitent pas bien les complications qu'ils ont

La réduction du nombre global d'EIG n'est pas l'objectif central de la sécurité des soins...

- **Biais de comptage des EIG**

- Démasquage progressif par les capacités des bases de données
- Définition instable des erreurs : effet majeur de l'innovation et de l'instabilité de connaissance médicale
- Augmentation des procédures: mécaniquement plus d'EPR
- Interprétation difficile des case mix (quid de la pathologie, quid de la pratique médicale)
- Relativité de la gravité sur le pronostic réel
- Paradoxe de la dernière victime
- Organisations plus complexes, no limit dans l'accès au soin et inclusions de patientes à risques

- **Les EIG et EPR doivent plutôt être analysés que comptés...**

- **L'objectif est une médecine sûre**

- Penser des organisations sûres et pas simplement une pratique personnelle sûre: Inclusion des patientes dans d'aussi bonnes conditions que possibles
- Certes, suivre l'EBM chaque fois que possible
- **Mais+++ suivre personnellement son Taux de complications** et son taux de traitements des complications / Comprendre pourquoi, Se servir des EIG/EPR détectés comme outil d'analyse
- Installer une culture de la détection et récupération des EIG le plus tôt possible pour une balance bénéfique risque réellement efficace dans le soin

UNE TRANSFORMATION PROFONDE DE L'EXERCICE MEDICAL

La fin du modèle PLUS

- Modèle qui a fait le succès des décennies précédentes
 - Les changements survenus dans le système médical ont augmenté l' espoir dans les capacités médicales : greffes, transplantations, traitement des cancers, des infarctus, des hémorragies cérébrales...
 - **LE MODELE 'PLUS A L'HOPITAL' comme modèle de référence** : Tous ces changements ont contribué à faire plus avec le même modèle (plus de lits, plus d' hôpitaux et de cliniques, plus de docteurs, plus de soignants, plus de services spécialisés, ...)
- Une vision du pilotage de la santé hôpital-centré : coûts, techniques, solutions, erreurs

Le futur est souvent redouté comme un abandon regrettable de ce modèle qui serait imposé par des facteurs financiers et politiques, une sorte de faillite
...pourtant....

Le modèle PLUS ne peut pas perdurer, et la raison n'en est ni financière, ni politique... elle est liée à l'innovation médicale et aux solutions de soins offertes par cette innovation

Une incroyable changement de pronostic des pathologies graves en moins de 15 ans

- **Chronicisation massive de l' aigu : durée des parcours chroniques multipliés par 10 sur des maladies réputées aiguës en 2000... Sida, cancer, pathologies cardiovasculaires**
 - 330,000 nouveaux cancers par an, 150000 guéris dans l' année, 150,000 ayant une survie à plus de 5 ans; 1,2 millions de personnes (sur)vivants à des pathologies graves en 1990, bientôt 10 millions (15% de la France)
 - Un vieillissement général de la population (avec plus de comorbidités)
- **Changement radical de la chirurgie**
 - chirurgie minimale invasive, inclusion de techniques de moins en moins agressives, Imagerie et techniques radios guidées interventionnelles
- **Médecine préventive ultra-précoce, pathologies rapidement circonscrites par des traitements simples, prise en charge orales**
- **Médecine prédictive des 'big data, génomique et médecine personnalisée, PMA et 'droits de maternité'**
- **Révolution de l' information et des TIC médicaux**
- **Médecine du bien vieillir très sollicitée : orthopédie, sensoriel, esthétique..**

L' extraordinaire réussite médicale ...provoque un séisme systémique (effet domino)

- **La fin de l' hôpital traditionnel, cœur de système de santé**
 - **Un système hôpital-centré totalement inadéquat pour prendre en charge 10 millions de patients chroniques vieillissants : trop cher, trop décalé, trop saturé**
 - **Massivement moins de lits traditionnels, des hôpitaux différents**, Une DMS moyenne en chute libre (OCDE : 8,7j en 1995, 7,5j en 2009, 6,1j en 2011 (UK), 4j ? en 2025); - 50% de lits chirurgicaux nécessaires à l' horizon 2025; d' autres hôpitaux.... Une transition sociologique pour les acteurs locaux particulièrement difficile (2010-2020)
- **Un modèle inéluctablement plus centrée sur la ville et le médico-social**
 - **Emergence d' établissements et maison de santé en ville**
 - Montée en puissance de plateaux de ville ambulatoire
 - **Filières de soins, PARCOURS DU PATIENT au centre de la nouvelle logique**
 - **Une reconversion structurelle massive**
 - Poids croissant du transfert vers le médico social (gériatrie psychiatrie)
 - SSR, HAD et couvertures de suite stratégiques
 - **Une offre croissante de prise en charge à domicile**

L'outil et la technique ...changent le système

Le domino sociologique

- **Modification sociologique des acteurs de l'hôpital**
 - **Montée en puissance des interventionnistes (Gastro-entérologues, cardiologues, radiologues) et de nouveaux pôles de pouvoir**
 - Les spécialités interventionnelles pourraient représenter 60% des acteurs chirurgicaux en 2020
 - Effondrement des professions chirurgicales classiques, problèmes sociologiques de 'fin de vie' : défense de dernier recours dans les CNU, lenteur d'adaptation
 - **Dispersion des plateaux techniques et désacralisation des blocs centraux comme cœur privilégié de l'établissement**
 - L'imagerie pourrait représenter à elle seule 80% des techniques diagnostiques et 40% des techniques thérapeutiques à l'horizon 2020
 - Plateaux ambulatoires chirurgicaux sans lits (en ville), décret d'août 2012
 - Plateaux techniques déportés (radiologiques- de plus en plus nombreux pour soutenir les hôpitaux et ES ruraux)
 - Pression à des maisons de l'accouchement moins médicalisées, démedicalisation lourde
 - **Evolution des mentalités, Installation : raréfaction des choix d'installations des jeunes confrères dans les zones à plateau technique fragile... reconcentration mécanique dans les villes, salariat augmenté dans la solution contractuelle**
 - **Multiplication des techniques à domicile ...HAD**
 - **Glissement de la gériatrie et la psychiatrie vers le médico-social : nouveaux enjeux organisationnel dans le médico social**

L'outil et la technique ...changent le système

Le domino sociologique

- **Modification sociologique des acteurs des soins primaires**
 - Féminisation massive, changement des aspirations, regroupement en maisons de santé et cabinets de groupe, travail en réseau augmenté
 - Introduction massive de la délégation et de la télémédecine
 - Une redéfinition des rapports entre Médecins et Soignants, en plus / en parallèle des modifications entre Professionnels et Patients
- **Dans un paysage financier très tendu**
 - Assistance à domicile accrue mais sans suffisamment de professionnels , et qui devra faire un saut conceptuel pour résister à la pression financière : introduction massive des acteurs de proximités dans la surveillance médicale du territoire (taxis, travailleurs sociaux) : un maillage à construire et à penser totalement dans les réseau, particulièrement pour l'objectif de sécurité
 - Re-discussion du secret médical partagé inéluctable
 - **Patients vivant plus longtemps**, avec une expérience croissante de la maladie et du système médical, y compris des évènements indésirables+++ , apprentissage, partage d'information via le web, et choix de plus en plus effectifs d'évitement ou de contrôle
 - **Transfert de responsabilité croissante vers le patient**, à la fois lié à l'expertise croissante du patient et au mode de prise en charge 'à la maison'

Une pression massive à une meilleure pertinence et efficacité

- **La demande s'accroît**
 - Vieillesse
 - Droit à une médecine performante
- **Les ressources plafonnent**
 - Croissance économique en crise
 - Accès illimité dans une démocratie priorisant la démarche égalitaire
 - Choix nécessaires sur d'autres registres
- **Trois solutions combinées**
- sous l'impulsion de la HAS (service rendu, pertinence), de la DGOS (prix) ...et de la CNAM /ARS (restructurations, pertinence)
 - Réduire le coût à charge d'état,
 - Pour le patient (mais limité)
 - Surtout sur l'acte (la maîtrise technique et l'inclusion croissante de patients sur une technique baisse mécaniquement son GHS (groupement homogène de séjour), analyse de pertinence/efficacité)
 - Par la régulation de l'offre de produits de santé
 - Restructurer l'offre de soins
 - Rapide augmentation des GCS, utilisation massive du levier des autorisations particulières (cancérologie), restructuration profonde des Etablissements de santé et de l'offre, augmentation des HAD....
 - Travail de restructuration à marche forcée du Médico-Social
 - Réguler et réduire la pertinence et la dispersion des pratiques
 - Chantier sur la pertinence des actes
 - Ententes préalables mais potentiel limité
 - Surveillance électronique personnalisée, sans doute en place en 2025

Une transparence et une supervision accrue

- **Vis-à-vis des patients**
 - Montée en puissance des indicateurs publics
 - IPAQS, ICALIN comme premier pas d'une longue liste à venir
 - De plus en plus d'indicateurs sur le risque, complications, PSIs
 - Puissance croissante du WEB comme vecteur d'information
 - En interne comme en public (Platines.fr)
- **Transparence et supervision**
 - Capacité de traçage de l'activité individuelle ou des établissements à partir des croisements de bases facturation (Recrutement, pathologies, techniques, complications)
 - Utilisation déjà existante dans le cadre de la régulation de l'efficacité et des autorisations, etc.
 - Utilisation potentielle sur des P4P sécurité des soins /taux de complications

Conséquences sur la sécurité du patient

- **Réduction significative de certaines classes d'évènements indésirables**
 - Infections nosocomiales
 - Complications opératoires immédiates
 - Délais raccourcis pour certaines prises en charge (AVC, Infarctus, imagerie, ...)
- **Nouvelles menaces**
 - **Fragmentation du système**
 - Coordination des risques
 - Apprentissage sur les évènements distribués, nouvelle approche de causalité
 - L'excuse au patient est à reconsidérer dans un système fragmenté; le professionnel qui voit le problème n'est que rarement celui qui l'a causé... renvoie à des questions d'éthiques (doit on expliquer au patient qu'un autre professionnel a commis une erreur) et de responsabilité, y compris pour la compréhension des patients
 - **Responsabilités augmentées (pour le patient), en même temps que la responsabilité dans un système fragmenté est plus partagée**
 - **Effets collatéraux de restructuration profonde du système de santé, nombre d'hôpitaux, économie générale**

Conclusions

- **Qualité et Sécurité des soins de plus en plus au cœur du métier**
- **Un problème d'organisation encore plus qu'un problème de compétence individuelle : 'se sentir collectif' , importance majeure des réseaux**
- **La détection, récupération des EIG plus importante que leur absolu évitement (illusoire). Les EPR utiles pour progresser sur ce domaine**
- **La compréhension et l'analyse approfondie de quelques EIG/EPR plus profitable qu'un registre superficiel de comptage (limite conceptuelle de 'l'étude épidémiologique' des erreurs)**
- **L'aspect assurantiel et juridique (souvent mis en avant aujourd'hui) bien moins important à terme pour les professionnels que l'autorisation d'exercer / variation du schème de paiement donnée par les autorités et la CNAM-TS (big data, suivi automatisé des complications et des prises en charge de ces complications)**