



EHESP

Master II Administration de la Santé

Parcours :

**ANALYSE et MANAGEMENT des
ORGANISATIONS de SANTE
(AMOS-Paris)**

Promotion : **2021-2022**

Date du Jury : **Septembre 2022**

**La prise en charge SAMU/SMUR et Urgence en
Île-de-France**

Analyse des réclamations usagers et des déclarations
d'événements indésirables graves associés aux soins
des professionnels

Nivetha

SHANMUGALINGAM

Directeur de mémoire :

Dr Jacques ORVAIN



EHESP

Remerciements

Je tiens à adresser à mes remerciements chaleureux à toutes les personnes qui m'ont accompagnées dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie mes tutrices de stage Docteure NICOLET et Mme EUDIER pour m'avoir fait confiance. Je voudrais aussi leurs adresser mes sincères reconnaissances pour leurs disponibilités et surtout leurs judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion et à enrichir mes compétences.

J'adresse mes sincères remerciements au Docteur Jacques ORVAIN, mon directeur de mémoire, pour ses conseils précieux tout au long du travail ainsi que sa disponibilité et sa bienveillance dans nos échanges.

Je remercie également Madame CRISTOFALO et Madame DURAND, pour leurs disponibilités et leurs soutiens durant cette année scolaire.

Aussi j'aimerais remercier les intervenants du master AMOS pour les enseignements dispensés et ainsi qu'à mes collègues de promotion pour les bons moments passés ensemble.

Je remercie toute l'équipe du DREIV de l'ARS Ile-de-France pour leur accueil, leur bienveillance et les réponses apportées à mes interrogations.

Enfin je remercie mon entourage pour son soutien et sa patience durant la réalisation de ce travail.

Sommaire

Introduction	3
1 Partie Théorie	6
1.1 Cadre conceptuel	6
1.1.1 Réclamation	6
1.1.2 Événement Indésirable Grave associé aux Soins (EIGS)	8
1.1.3 Filière Urgence : SAU/SAMU/ SMUR	12
1.2 EIGS : Constats actuel	13
1.2.1 Echelle National	13
1.2.2 Amélioration des pratiques : exemple Canada	15
1.3 Perspective Patient	15
2 Partie : Méthode	17
2.1 EIGS	17
2.1.1 Choix des critères	17
2.1.2 Exploitation des données	17
2.2 Réclamations	18
2.2.1 Choix des critères	18
2.2.2 Exploitation des données	18
3 Partie : Résultats & Analyse	19
3.1 EIGS	19
3.1.1 Analyse du volet 1	19
3.1.2 Analyse du volet 2	21
3.2 Réclamations	31
3.2.1 Description des réclamations	31
3.2.2 Analyse des Motifs IGAS	31
4 Partie Discussion	33
4.1 Correspondance EIGS/Réclamations	33
4.1.1 Catégorie « Problème de qualité des soins médicaux »	34
4.1.2 Mise en cause attitude des professionnels	35

4.1.3	Problème d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement ou du service 36	
4.2	Comparaison EIGS filière urgence et EIGS généraux	36
4.2.1	Volet 1	36
4.2.2	Volet 2	37
4.3	Limites de l'étude	38
4.4	Préconisations	39
	Conclusion	41
	Bibliographie	I
	Liste des annexes	III
	Annexes.....	II

Liste des sigles utilisés

- SAU : Service d'Accueil des Urgences
- SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
- SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
- DREIV : Département des Réclamations, Événements Indésirables et Vigilances
- ARS : Agence Régionale de Santé
- DVSS : Direction Veille et Sécurité Sanitaires
- STARAQS : Structure d'Appui Régionale à la Qualité des soins et à la Sécurité des patients d'Ile de France
- EI : Événement Indésirable
- EIAS : Événement Indésirable associé au soin
- EIGS : Événement Indésirable Grave associé aux soins
- PNSP : Programme National pour la Sécurité des Patients
- RREVA : un Réseau Régional de Vigilances et d'Appui
- ESMS : établissement et service médico-social
- CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
- REX : Retour d'Expérience
- PFR : Point Focal Régional
- QSPC : Qualité et Sécurité des prises en charge
- ES : Établissement de santé
- MCO : Médecine, Chirurgie et Obstétrique
- ARM : Assistant de Régulation Médicale

Introduction

En première ligne, les services d'urgences et les SAMU/SMUR sont les portes d'entrée des hôpitaux. Cela fait plusieurs années que les difficultés liées à des manques d'effectifs et de moyens sont soulevées, et également des tensions sur l'offre de soins. Selon une liste établie par l'association SAMU-Urgences en mai 2022, 120 services d'urgences ont été forcés de limiter leur activité ou s'y préparent. Le chef d'Etat a lancé une mission d'urgence sur quatre semaines pour dresser le bilan des difficultés rencontrées par les services d'urgences sur le territoire. Il y a une augmentation de l'activité, « en un peu plus de dix ans, la fréquentation des SAU a doublé pour des raisons diverses, et ce grâce à ces patients dits de « médecine générale », ou encore « tri 5 » (Galichon B, 2020,p 35). La crise sanitaire de la Covid-19 a mis les établissements de santé sous tension. La prise en charge de la pandémie a conduit à une réorganisation importante des services pour augmenter l'offre de soins. La crise sanitaire a exacerbé les difficultés rencontrées avant la crise. Les tensions ont conduit à plusieurs événements indésirables graves, pour certains très médiatisés. Notamment l'affaire d'une patiente retrouvée décédée sur un brancard des urgences après 12 h d'attente (Bouanchaud C, 2019), résultant d'un dysfonctionnement du service et a illustré les difficultés revendiquées par les soignants. Les SAMU/SMUR constituant également la porte d'entrée du parcours de soins ont été aussi à l'origine de plusieurs crises médiatiques. Notamment en 2017, avec l'affaire Naomi Musenga, une jeune femme de 22 ans décédée quelques heures après avoir appelé le SAMU, les bandes sons diffusées avaient provoqué l'indignation de la population. Ces événements reflètent un manquement de la qualité et de la sécurité des soins. L'analyse des déclarations des événements indésirables, des réclamations des patients, et l'identification des actions ou barrières permettent d'éviter ou d'atténuer les risques, concourent à l'amélioration permanente de la qualité des soins et à leur sécurité. Comme le plan d'action national pour l'amélioration de la qualité dans les SAMU mis en place par la ministre des Solidarités et de la Santé en décembre 2018. Le risque fait partie de toute activité humaine, a fortiori dans un domaine complexe et en constante évolution comme celui de la santé. Parmi les Événements Indésirables Graves associés aux Soins (EIGS) déclarés par les professionnels 10 %¹ sont en lien avec une prise en charge SAMU/SMUR ou aux urgences. De même, de nombreuses réclamations de patients concernent également ce domaine. Ainsi, plusieurs questions se posent : Les réclamations des usagers reçues par l'ARS sont-elles complémentaires des EIGS déclarés par les professionnels de santé ? Quelles sont les caractéristiques des réclamations des usagers portant sur cette filière ? Quelles préconisations

¹ Bilan interne EIGS/Réclamations ARS IDF 2021

peut-on faire à partir de l'analyse des EIGS SAMU/SMUR/SAU pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ?

C'est ainsi que nous posons le questionnaire suivant :

Quelles correspondances peut-on faire entre les réclamations usagers et les déclarations EIGS des professionnels sur la filière urgence en Ile-de-France ?

Quelles sont les spécificités des EIGS de la filière urgence (SAMU/SMUR/SAU) par rapport aux EIGS généraux ?

➤ [Agence Régional de Santé Ile-de-France](#)

Dans le cadre de mon Master 2, j'ai effectué mon stage au sein de l'Agence régionale de Santé (ARS) Ile-de-France au sein du Département Réclamations Événements Indésirables et Vigilances (DREIV). Les ARS sont chargées du pilotage régional du système de santé. Elles définissent et mettent en œuvre la politique de santé en région. Les ARS sont des établissements publics, autonomes moralement et financièrement placés sous la tutelle des ministres chargés des affaires sociales et de la santé. Les deux grandes missions de l'ARS sont le pilotage de la politique de santé publique et la régulation de l'offre de santé en région. (ARS, 2022)

- Le pilotage de la politique de santé publique en région comprend trois champs d'intervention :
 - La veille et la sécurité sanitaire, ainsi que l'observation de la santé
 - La définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé
 - L'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet
- La régulation de l'offre de santé en région vise à mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système de santé, conjointement sur les secteurs ambulatoires, médico-social et hospitalier.
 - Elles coordonnent les activités et attribuent le budget de fonctionnement des hôpitaux, cliniques, centres de soins ainsi que des structures pour personnes âgées, handicapées et dépendantes.
 - La régulation comporte une dimension territoriale par une meilleure répartition des médecins et de l'offre de soin sur le territoire et une dimension économique par une meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé.

- Assurer la qualité, la sécurité des prises en charge et l'efficacité au meilleur coût (ibid).

➤ Département Réclamations, Événements Indésirables et Vigilances

Au sein de la Direction Veille et Sécurité Sanitaires (DVSS) le département DREIV est chargé de la gestion des événements indésirables déclarés par les professionnels de santé et des réclamations d'usagers survenus lors d'une prise en charge en Île-de-France que ce soit dans le secteur ambulatoire, en établissement sanitaire ou médico-social. La gestion des réclamations et des événements indésirables a été régionalisée et fusionnée au sein d'un même département en septembre 2020. Ce département assure également l'animation des Structures Régionales d'Appui (SRA) ainsi que la coordination des différentes vigilances dans le cadre d'un réseau régional de vigilance et d'appui (RREVA).

Le DREIV a pour missions de :

- Veiller à la gestion des alertes relatives à la sécurité des prises en charge, deux types :
 - Les réclamations des usagers ou d'un ayant-droit, mettant en cause la qualité du service rendu par un établissement de santé, un établissement ou service médico-social, un professionnel de santé ou les transporteurs sanitaires (ARS, 2022).
 - Les événements indésirables graves associés aux soins, à déclaration obligatoire pour le secteur médico-sociale et sanitaire (selon les articles L.1413-14 et R.1413-68 et suivants du code de la santé publique).
 - Les ESMS doivent déclarer à l'ARS tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation qui serait susceptible d'affecter la prise en charge, l'accompagnement des usagers, et de tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou morale des personnes prises en charge. Cette définition concerne les EI, EIG, EIGS, EIAS et les IAS. (Décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016).

- Pour le secteur sanitaire les établissements ont pour obligation de déclarer l'ensemble des accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance. Cette définition concerne les EIGS, les Vigilances et les IAS.
- Piloter et coordonner le Réseau Régional des Vigilances et d'Appui (RREVA) afin d'organiser et renforcer la veille et la sécurité sanitaires en région.

Les priorités du département sont axées sur :

- L'analyse des signaux
- La réponse apportée aux requérants
- La sensibilisation des acteurs dans le sens du développement de la culture du signalement
- La prévention des risques
- L'orientation des programmes de travail des structures de vigilances et d'appui pour favoriser la démarche d'accompagnement préventif plutôt que la logique d'inspection
- La démarche de responsabilisation des établissements sur les réclamations reçues et les réponses qu'ils apportent pour s'approprier la démarche qualité vis-à-vis des usagers

Le DREIV dispose d'une base de données des signaux qui permet d'établir une cartographie des risques, de préparer les inspections et d'effectuer des études thématiques. Le département est divisé en trois secteurs : le sanitaire, le médico-social et l'ambulatoire et le transversal (hors compétence).

1 Partie Théorie

1.1 Cadre conceptuel

1.1.1 Réclamation

a) Définition

Une réclamation est une doléance écrite émanant d'un usager ou de son entourage et mettant en cause la qualité du service rendu par un établissement de santé, un établissement ou service médico-social, ou un professionnel de santé (incluant les officines et les laboratoires). (ARS,2022)

Rédigée par courrier ou mail, elle doit être datée et non-anonyme. Le professionnel ou établissement mis en cause doit être identifié.

L'utilisateur doit en premier lieu, s'adresser au Directeur de l'établissement et en cas de difficulté pour obtenir une réponse, il peut adresser sa réclamation à l'ARS. Le rôle de l'ARS est de vérifier que la réglementation en termes de qualité ou de sécurité des soins est appliquée. Une réclamation adressée à l'ARS, ne vaut pas dépôt de plainte et n'engage pas d'action judiciaire. (ARS,2022)

L'ARS doit effectuer un accusé de réception sous 15 jours et instruire toutes les réclamations. En cas de dysfonctionnement avéré, il est demandé à l'établissement de mettre en place des actions correctives et effectuer un suivi. En effet en cas de dysfonctionnement avéré, les réclamations sont :

- Un indicateur de non-qualité, permettant de mettre en place des mesures correctives au sein de l'établissement
- Un levier pour améliorer la qualité de la prise en charge et la qualité de service rendu aux usagers
- Un indicateur pour le dialogue de gestion entre l'ARS et l'établissement

b) *Veille réglementaire*

La Charte Marianne fait partie de la réforme du service public et est applicable depuis le 3 janvier 2005. Elle traduit l'engagement des services publics pour faciliter l'accès des usagers dans les services, accueillir de façon attentive et courtoise, répondre de manière compréhensive dans un délai annoncé, traiter systématiquement la réclamation et recueillir les propositions des usagers pour améliorer la qualité du service public. (Charte Marianne,2005)

La loi n°2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations (article 19), stipule que toute demande adressée à une autorité administrative doit faire l'objet d'un accusé de réception.

La gestion des réclamations fait partie du champ de compétences de l'ARS définis à l'article L.1431-2 du CSP, les ARS doivent veiller à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin ; elles contribuent, avec les services de l'Etat compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux.

1.1.2 Événement Indésirable Grave associé aux Soins (EIGS)

a) *Définition*

La notion Événement Indésirable (EI) est assez large, un EI concerne les facteurs non souhaités empêchant d'atteindre l'objectif recherché. L'analyse des événements indésirables permet de comprendre les raisons de leur survenue et de trouver les barrières nécessaires pour les éviter à l'avenir. Un EIGS est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent, y compris une anomalie ou une malformation congénitale (art. R. 1413-67 du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016).

Un EIGS doit répondre à trois critères cumulatifs :

- L'événement doit être associé à des soins, réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention ;
- L'événement est inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie du patient ; il s'agit d'un événement non prévu à la différence d'une complication, donc en lien avec l'adéquation des soins et le caractère évitable de l'événement ;
- L'événement correspond à un critère de gravité dont les conséquences sont : le décès, la mise en jeu du pronostic vital ou la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent.

b) *Veille réglementaire*

Réglementairement, la loi Kouchner du 4 mars 2002, émet une première obligation pour tout professionnel ou établissement de santé de déclarer « la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé » (Article L. 1413-14 du Code de la Santé Publique - CSP). La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique précise le critère de gravité, article L. 1413-14 CSP modifié : "Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente. [...]". La sécurité et la qualité des soins deviennent, avec la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, une mission qui s'impose à tous les établissements de santé ; une nouvelle gouvernance de la qualité et de la sécurité des soins est mise en place. Le décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) a précisé les principales modalités pour assurer la sécurité des soins :

- Instaurer une gouvernance de la qualité et de la sécurité des soins au sein des établissements de santé.

- Mettre en place un plan d'actions pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.
- Former et informer les professionnels de l'établissement afin de développer la culture de sécurité.

La loi HPST de 2009 identifie l'ARS comme l'autorité administrative compétente et lui confie des missions « de santé publique et de veille et sécurité sanitaires ».

De 2013 à 2017 mise en œuvre du Programme National pour la Sécurité des Patients (PNSP) qui avait pour volonté nationale d'intensifier la mobilisation de tous, patients et professionnels, pour progresser en matière de sécurité du patient. L'axe 2 du programme concerné la mise en place d'une déclaration et d'une prise en compte des événements indésirables associés aux soins dans une logique d'apprentissage et d'amélioration des pratiques. Il a permis le développement du retour d'expérience avec l'implication du management dans une gestion non punitive de l'erreur, comme levier pour améliorer la qualité et la sécurité des patients. (HAS, 2013) À la suite de plusieurs crises de santé publique, le ministère chargé de la santé formalise un rapport en 2013 intitulé « Réorganisation des vigilances sanitaires » (Grall Jean-Yves, 2013) et en 2014 sur les préconisations pour une réforme du dispositif des vigilances sanitaires.

Ces deux rapports ont permis de poser les bases de la réforme des vigilances, qui s'articule autour de deux idées majeures :

- La mise en œuvre d'un portail national de signalement des événements sanitaires indésirables afin de promouvoir et faciliter la déclaration.
- L'organisation régionale du pilotage de ces signalements, confiée aux ARS, afin de permettre une gestion collective des risques.

Le décret n°2016-1644 du 1er décembre 2016 relatif à l'organisation territoriale de la veille et de la sécurité sanitaire confie le pilotage aux ARS, pour cela ils doivent constituer un réseau régional de vigilances et d'appui (RREVA). Les objectifs de cette organisation étant :

- D'améliorer les échanges d'information entre les structures régionales de vigilances et d'appui (SRVA).
- De mieux coordonner les réponses apportées.
- De fournir un appui aux acteurs de santé pour la mise en œuvre de la gestion des risques et des actions d'amélioration.
- De renforcer l'efficacité des actions en mutualisant les outils et les procédures.

c) *Acteurs*

Le dispositif de déclaration des EIGS est articulé aux niveaux local (lieu du soin), régional et national ; impliquant plusieurs acteurs à chacun des échelons. (Rapport HAS, 2018)



Figure 1 Schéma extrait du rapport de la Haute Autorité de Santé. Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins : rapport annuel d'activité 2017. Paris, octobre 2018 .83p

1. L'échelon local : les professionnels de santé et les établissements sanitaires, médico-sociaux et services médico-sociaux

En vertu de l'article L1413-14, les professionnels ont pour obligation de signaler un EIGS. La déclaration des EIGS est composée de 2 volets. (Annexe 1)

- Le volet 1 doit être envoyé sans délai à l'ARS, elle comporte les premiers éléments relatifs à l'événement :
 - La nature de l'événement et les circonstances de sa survenue ;
 - L'énoncé des premières mesures prises localement au bénéfice du patient ou du résident et en prévention de la répétition d'événements de même nature ;
 - La mention de l'information du patient et, le cas échéant, de sa famille, de ses proches ou de la personne de confiance qu'il a désignée.

- Le volet 2 doit être adressé au plus tard dans les 3 mois par l'établissement où s'est produit l'événement ou par le professionnel de santé déclarant. Elle comporte les premiers éléments de l'analyse :
 - Le descriptif de la gestion de l'EIGS ;
 - Les éléments de retour d'expérience issus de l'analyse approfondie des causes de l'événement effectuée par les professionnels de santé concernés ;
 - Le plan d'actions correctrices comprenant les échéances de mise en œuvre et d'évaluation.

Suite au Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016, la réalisation d'un retour d'expérience est rendue obligatoire. Le retour d'expérience (REX) consiste à réaliser une analyse approfondie des causes de l'événement. La survenue d'un EIGS est multifactorielle et fait notamment intervenir des risques inhérents aux facteurs humains, aux procédures de soins, aux organisations ou à

l'environnement. L'analyse systémique est indispensable afin d'identifier les causes immédiates, mais également les causes profondes organisationnelles, techniques, humaines ayant contribué à la survenue de l'événement. La méthode ALARM (« Association of litigation and risk management ») est une méthode d'analyse systématisée des événements indésirables. (Annexe 2) Elle permet d'identifier les facteurs ayant favorisé leur survenue afin d'en prévenir la récurrence. La méthode ALARM consiste à :

- Reconstruire la chronologie des faits ayant conduit à l'événement
- Identifier dans cette description les défauts de soins
- Conduire pour chaque défaut de soin identifié une analyse des facteurs ayant favorisé sa survenue, 7 catégories de facteurs favorisants liés au patient, aux tâches à accomplir, à l'individu (le ou les professionnels impliqués), à l'équipe, à l'environnement de travail, à l'organisation et au management et au contexte institutionnel
- Rédiger un rapport final préconisant des actions correctives

Cette analyse permet d'élaborer un plan d'actions pour éviter la reproduction mais aussi pour favoriser la détection et la récupération d'un événement indésirable de même nature. Les enseignements et les recommandations tirés de cet événement viendront renforcer la qualité des soins. Il est essentiel de notifier que le REX est l'un des leviers, avec l'implication du management dans une gestion non punitive de l'erreur, pour l'amélioration de la qualité des pratiques et de la sécurité des soins.

Le formulaire de déclaration, défini par l'arrêté du 19 décembre 2017, garantit l'anonymat du patient et des professionnels concernés à l'exception du déclarant.



Figure 2 : Schéma extrait du rapport de la HAS. Retour d'expérience sur les EIGS : rapport annuel d'activité 2017. Paris, octobre 2018 .83p

2. L'échelon régional : l'ARS et la SRA

Au niveau régional l'acteur principal est l'ARS, en lien avec la SRA, la STARAQS pour l'Ile-de-France. Les trois axes de mobilisation de l'ARS sont : le recueil et le suivi des déclarations des EIGS, l'organisation régionale de l'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients et la culture de la déclaration. (Décret no 2016-1606 du 25 novembre 2016)

La culture de la déclaration :

Les ARS ont également pour mission de :

- Promouvoir l'engagement des professionnels de santé et des directeurs d'établissement dans une démarche de déclaration des EIAS, quelle que soit leur gravité.
- Inciter à la protection des personnels concernés par un EIGS vis-à-vis des sanctions administratives et disciplinaires, par exemple en promouvant l'adoption de « chartes de confiance » au sein des établissements de santé
- Favoriser le développement de la culture de sécurité

3. L'échelon national : la HAS

La HAS réceptionne les déclarations d'EIGS une fois clôturé par l'ARS. Il s'agit d'une agrégation anonymisée des deux volets. Un comité d'analyse permanent analyse les déclarations, identifie les risques et recherche des préconisations pour la sécurité des patients au niveau national. Un rapport annuel est remis au ministre chargé de la santé et des solidarités et rendu public sur le site de la HAS.

1.1.3 Filière Urgence : SAU/SAMU/ SMUR

a) Définition

La filière urgence concerne toutes les prise en charge en lien avec le Service d'Accueil des Urgences (SAU), le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et les Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

Le décret n°2006-576 du 22 mai 2006 - art. 2 relatif à la médecine d'urgence précise trois modalités pour avoir l'autorisation pour cette activité. Une régulation des appels est faite par le SAMU, puis assuré une prise en charge par le SMUR ou le SMUR pédiatrique ; et enfin la prise en charge des patients accueillis dans la structures des urgences ou dans la structure des urgences pédiatriques. Les structures d'urgences accueillent également les patients se présentant par leur propre moyen. En vertu de l'article R.712-65 du décret de mai 1995 modifiant le CSP, « Un service d'accueil et de traitement des urgences doit accueillir sans sélection vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitales. ».

L'ARS définit le SAMU comme un centre d'appels répondant 24h/24 aux besoins de santé de la population. Il intervient en amont du recours à un établissement de santé et oriente les patients vers la prestation médicale adaptée à son état. Il participe aussi à la prise en charge sanitaire des victimes impliquée dans une situation exceptionnelle, suivant les plans d'organisation de secours définis. (« La médecine d'urgence », ARS, 2018)

Le SMUR est un service hospitalier qui assure en permanence la prise en charge d'un patient dont l'état requiert une prise en charge médicale de réanimation en urgence. Cette unité basée à

l'hôpital intervient exclusivement sur régulation du SAMU. Les équipes de réanimation des SMUR répondent à l'exigence de l'accès aux soins urgents spécialisés en moins de 30 minutes pour tous les français. (ibid)

b) *Bilan EIGS SAMU/SMUR/SAU*

A la demande du ministère de la santé, une étude a été réalisée par la HAS en juin 2018 « Etat des lieux des événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) concernant les SAMU-SMUR ». (HAS, 2018) L'étude a identifié 10 déclarations d'EIGS impliquant le SAMU/SMUR, dont 9 ont été jugés probablement évitables. Parmi les causes immédiates, il y a :

- Une sous-estimation de l'urgence par :
 - o L'Assistant de Régulation Médicale (ARM) lors de la prise d'appel,
 - o Le médecin lors de l'interrogatoire,
 - o La construction collective d'une image rassurante
- Une erreur de diagnostic en cours d'intervention
- Une défaillance de matériel

Cette étude permet d'identifier trois situations à risques, un risque associé à une sous-estimation clinique de l'urgence, à la régulation des appels par l'ARM et à un dépassement des capacités de prise en charge.

Suite à plusieurs EIGS, en 2018 le ministère des Solidarités et de la Santé a mis en place plusieurs mesures comme une formation diplômante obligatoire pour les ARM, des recommandations sur la déclaration des EIGS par les SAMU et l'intégration du SAMU dans la certification des établissements.(Rapport HAS,2018)

1.2 EIGS : Constats actuel

Les résultats obtenus vont être comparés à plusieurs rapports publiés sur les EIGS en France. Dans cette partie une présentation succincte de ces rapports est effectuée, et seront repris en détail lors de l'analyse de nos résultats.

1.2.1 Echelle National

a) *HAS*

Ce rapport publié par la HAS sur les EIGS de l'année 2020 (Cahier technique EIGS 2020, HAS,2021), analyse tous les EIGS déclarés à la HAS sur l'année 2020. Parmi les EIGS, 56 % sont considérés comme évitables par les professionnels.

Selon le rapport, dans 77 % des déclarations d'EIGS une ou des causes immédiates ont été identifiées en 2020. Le volet 2 comporte l'analyse des causes faite à partir de la grille ALARM . (Cahier technique EIGS 2020,HAS,2021)

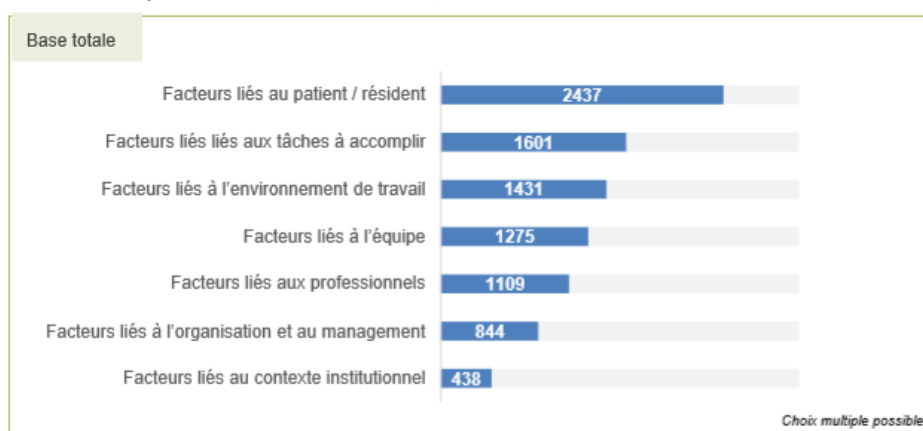


Figure 3: .Cahier technique « Les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) – 2020 », HAS

Dans le RETEX de cette étude l'HAS a identifié cinq « focus » qui permettent de mettre en lumière certaines situations à risques identifiées en 2020, il y a les EIGS en lien avec le recours à des soins en télémédecine, à la radiologie et/ou à l'IRM, en lien avec les thromboses veineuses profondes (ou embolie pulmonaires post-opératoires), avec les neuroleptiques et les benzodiazépines ou encore les EIGS en lien avec des dispositifs médicaux. (RETEX EIGS 2020, HAS,2021)

Il est important de noter que ces données sont issues de l'analyse des EIGS transmis à la HAS, elles ne présentent pas de valeur épidémiologique ou statistique généralisable à l'ensemble de la population ou à des soins pour caractériser des risques sur un secteur d'activité.

b) ENEIS 2019

L'Enquête Nationale sur les Événements Indésirables liés aux Soins (ENEIS) a été conçue en 2004 à l'initiative de la DREES. Elle vise à évaluer l'importance des Événements Indésirables Graves (EIG) liés au processus de soins à l'origine d'une admission en établissement de santé ou observés chez les patients pris en charge dans l'établissement. Il s'agit d'une étude d'observation prospective d'incidence sur une population ouverte de séjours de patients hospitalisés et suivis pendant une période de 7 jours au maximum. Comme la plupart des études internationales l'obstétrique, les urgences et la psychiatrie ont été exclus de l'étude.

Un rapport comparatif des enquêtes ENEIS 2009 et 2019, montre pour les EIGS « cause d'hospitalisation » une diminution de la proportion de séjours causés par des EIGS. Ce rapport a montré une proportion d'EIGS évitables qui tend à diminuer en 10 ans, et suppose que les différents programmes et dispositifs mis en place au cours des dix dernières années ont eu un impact sur la sécurité des soins. (ENEIS, Drees, 2022)

1.2.2 Amélioration des pratiques : exemple Canada

Une étude clinique a été effectuée au Canada, « Barriers and success factors to the implementation of a multi-site prospective adverse event surveillance system », cette étude a mis en place un système de surveillance prospective des événements indésirables dans les unités de médecine de cinq établissements. Un clinicien attribué à chaque service participe aux réunions d'équipes, aux transmissions d'équipe, il avait accès aux comptes rendus, aux dossiers patient et aux résultats de laboratoire anormaux.

Lorsqu'un signal était identifié, l'observateur clinique renseigne les informations primaires décrivant l'événement. Les signaux ne représentent pas nécessairement des EI, mais sont conçus pour alerter l'observateur clinique de problèmes potentiels. Les signaux peuvent inclure une détérioration des paramètres cliniques, des ordonnances spécifiques (par exemple, des antidotes) ou des transferts de patients vers des zones cliniques spécifiques. Du point de vue des professionnels de la santé et des cadres supérieurs, les informations fournies par cette approche de détection des EI étaient plus pertinentes que les données existantes disponibles à partir des déclarations volontaires ou des données administratives. Cette étude appuie la conclusion selon laquelle la surveillance prospective est considérée comme bénéfique et acceptable. Pour cette raison, les organisations de soins de santé devraient envisager d'adopter une surveillance prospective des EI pour soutenir leurs méthodes locales d'amélioration de la qualité. (C.Backman, A.J. Forster, S.Vanderloo, 2014)

1.3 Perspective Patient

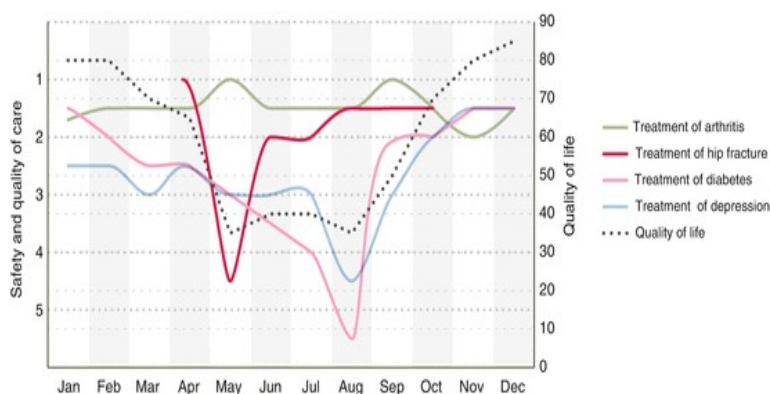


Figure 4: Varying standards of care over time, « Safer Healthcare: Strategies for the Real World »(C. Vincent, R. Amalberti)

La qualité des soins est un enjeu majeur dans l'amélioration des systèmes de santé. Le patient étant au centre de la prise en charge, depuis plusieurs années la perception du patient est impliquée dans la qualité des soins. Le patient a un regard d'ensemble de sa prise en charge. En effet, le patient a une

vision cumulée des incidents lors de sa prise en charge. Selon une étude réalisée dans le livre « Safer Healthcare: Strategies for the Real World »(C. Vincent, R. Amalberti,2016,ch 4),comparant quatre parcours de soins différents (arthrose, fracture de la hanche, diabète et dépression) avec des

complications sur certains parcours. On peut voir que le patient associe la pertinence des soins et les dommages survenus au cours des prises en charge pour l'évaluation de la qualité de vie. (« *Les modalités de sécurisation* », Dr.Jacques ORVAIN). En effet, le graphique montre que l'évaluation de la qualité de vie varie en fonction des événements survenus lors du parcours de soin.

Ainsi le patient évalue la qualité de sa prise en charge sur le long terme, alors qu'un professionnel de santé, aura une vision partielle de la prise en charge du patient.

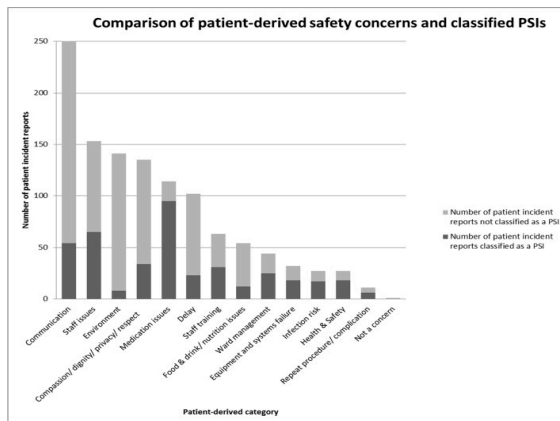


Figure 5: Comparison of patient safety concerns and classified patient safety incidents (PSIs), by category

Une étude multicentrique réalisée au Royaume-Uni a recueilli des commentaires sur la qualité de leur prise en charge au sein de l'hôpital. (« What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study », JK O'Hara, 2017). Les événements indésirables déclarés par les patients ont été analysés par des professionnels pour confirmer l'incident ou non.

Ainsi on peut voir que les patients sont une source essentielle de signalement d'événement indésirable. Mais également, on peut voir que le classement des professionnels des événements comme EI en suivant la définition, aboutit à une sous-évaluation des incidents. Dans l'étude, 65 % des événements déclarés par les patients ne seront pas retenus par les professionnels comme un événement indésirable. La communication (personnel à patient, personnel à personnel, patient au personnel) est la première cause des incidents recueillis auprès des patients, puis vient les problèmes de personnel (disponibilité, personnel insuffisant, non priorisation) et en troisième position l'environnement (les équipements, les bruits, les installations). Cette étude permet de montrer que les patients peuvent apporter des informations pertinentes pour l'amélioration des pratiques. Ils apportent un regard différent des professionnels, une vision globale sur la prise en charge. (JK O'Hara, art.cit)

Suite à ces recherches une problématique se pose :

La perspective patient identifie-t-elle les mêmes défaillances que l'analyse des EIGS par les professionnels sur la filière urgence en région Ile-de-France ?

2 Partie : Méthode

Dans le cadre de mon stage j'ai eu accès à la base de données des déclarations des événements indésirables graves associés aux soins et aux réclamations des usagers impliquant le SAMU/SMUR et les services des urgences, déclarés à l'ARS Ile-de-France

2.1 EIGS

Les EIGS sont déclarés sur le portail SI-VSS depuis son déploiement en mars 2017. La déclaration sur le portail se fait en 2 temps : le volet 1 et le volet 2 (cf partie 1). Le chargé de mission statistique du service a la possibilité de faire des extractions selon plusieurs critères.

2.1.1 Choix des critères

L'extraction était faite sur la période allant du 15/03/2017 (date de création du portail) au 31/03/2022, et le critère de sélection était tous les EIGS comportant comme nature principale ou secondaire « prise en charge en urgence ». Cette première requête a permis d'extraire 182 cas. Puis une extraction plus large a été effectuée. En effet les EIGS déclarés sous une autre nature, par exemple « prise en charge périnatale » peuvent impliquer une prise en charge au sein d'un SAU, un SAMU ou un SMUR, ces cas n'étaient pas repérés par la première extraction. Pour la deuxième extraction une recherche par mot clés a été faite sur la colonne « description ». L'équipe du DREIV identifie chaque EIGS selon le type de prise en charge par des abréviations, pour ceux en lien avec la filière urgences le mot clé est « PECSAU ». Dans la deuxième extraction, les EIGS comportant ce mot-clé ont été identifiés, cela a permis d'identifier les EIGS avec une nature principale ou secondaire différente de « prise en charge en urgence » avec un motif « PECSAU », cette recherche a permis de récupérer trois EIGS supplémentaires.

Suite à ces deux extractions, 185 EIGS correspondent à l'étude.

Les EIGS sont renseignés par les professionnels en deux temps. Le volet 1 fait une première description de l'événement. Cette première partie comporte les informations descriptives, en Annexe 1, la liste détaillée des informations issues de l'extraction. Le volet 2 comporte les informations de l'analyse approfondie suivant la méthode ALARM (cf Annexe 2).

2.1.2 Exploitation des données

Pour l'exploitation des données, le logiciel Excel a été utilisé. Pour les données avec des réponses prédéfinies, le croisement des données a été réalisé avec des tableaux dynamiques croisés. Pour les données issues des champs libres, les données ont été triées manuellement à la suite d'une lecture approfondie.

Pour l'interprétation, un test de Khi 2 d'indépendance a été réalisé. Pour le test, les effectifs sont réunis en « vivant » et « décès ». Ainsi pour l'analyse des conséquences pour le patient, les effectifs des conséquences « mise en jeu du pronostic vital » et « déficit fonctionnel permanent » sont réunis correspondant aux effectifs vivant et l'effectif des « décès » d'une part.

2.2 Réclamations

Les réclamations sont déclarées sur le portail SI-REC (cf partie 1) par l'équipe du DREIV. Sur le portail il y a la description de la réclamation ; les dates de réception, de traitement et de clôture ; si le requérant est l'utilisateur ou différent de la victime ; les informations concernant les établissements mis en cause et les motifs IGAS renseignés par le DREIV.

2.2.1 Choix des critères

Une extraction a été faite sur la période allant du 01/01/2013 au 31/03/2022. Au total 7 extractions ont été faites :

- 3 sur les mots-clés : SAMU/SMUR/URGENCE
- 3 sur les Motifs IGAS (URG/permanence/SOS)
- 1 sur l'entité gestionnaire « SAMU »

Au total 986 réclamations ont été extraites. Une lecture approfondie des descriptions a permis d'exclure les réclamations comprenant les mots clés dans la description mais ne relevant pas d'une prise en charge de la filière SAMU/ SMUR /SAU. Puis les réclamations antérieures à l'année 2018 n'ayant pas de motif IGAS renseigné ont été exclues. Pour les cas les plus récents sans motif IGAS, j'ai renseigné le motif correspondant. Suite à ces critères de sélection 690 réclamations correspondent à l'étude.

2.2.2 Exploitation des données

Pour exploiter les données sur les réclamations, le logiciel Excel a été utilisé pour les informations concernant l'identité de l'utilisateur et les informations sur l'établissement. L'analyse des motifs IGAS a été faite sur le logiciel R-Studio.

3 Partie : Résultats & Analyse

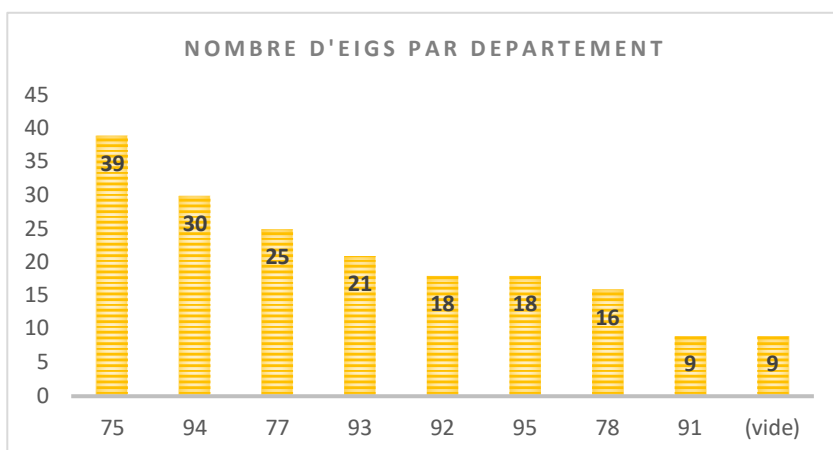
3.1 EIGS

Pour l'étude, 185 EIGS sont retenus, dont 103 EIGS finalisés (Volet 1 et 2). Pour 82 cas, le volet 2 n'est pas renseigné. Pour 37 EIGS la date d'échéance est prévue en 2022 (Trimestre 1 :16 EIGS/ Trimestre 2 : 21) ; l'extraction s'arrêtant en le 31/03/2022 cela est justifiable.

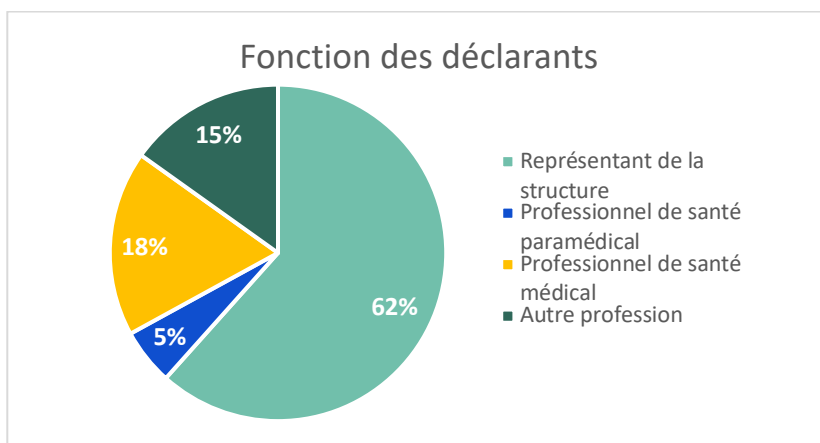
Concernant les autres cas, des relances sont envoyées systématiquement aux établissements. L'ARS ayant aucune action punitive, la déclaration des EIGS dépend de la volonté des établissements.

3.1.1 Analyse du volet 1

Répartition par département :



Le département de Paris a le plus de d'EIGS déclarés, cependant cela est aussi lié à la concentration des établissements sanitaires sur le département par rapport aux autres départements.



Les déclarations sont faites majoritairement par les représentants des structures et 23 % sont faites par les soignants.

Sexe du patient	Nb EIGS	%
Femme	86	46,5
Homme	99	53,5
Total	185	100

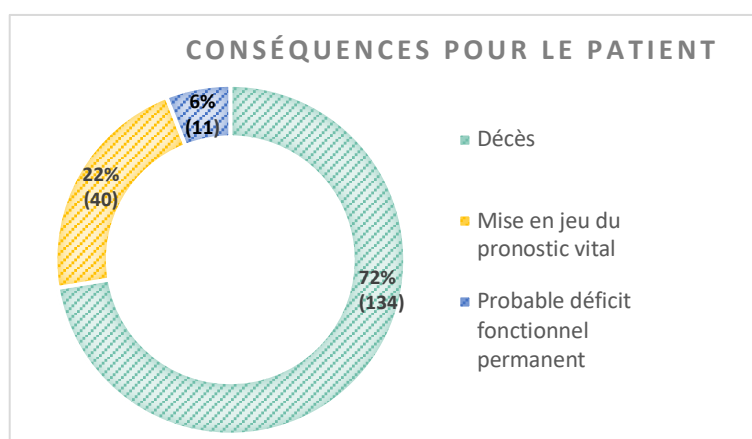
Les événements déclarés sur ce thème concernent plus souvent les hommes que les femmes.

Tableau 1 : Répartition par âge et sexe.

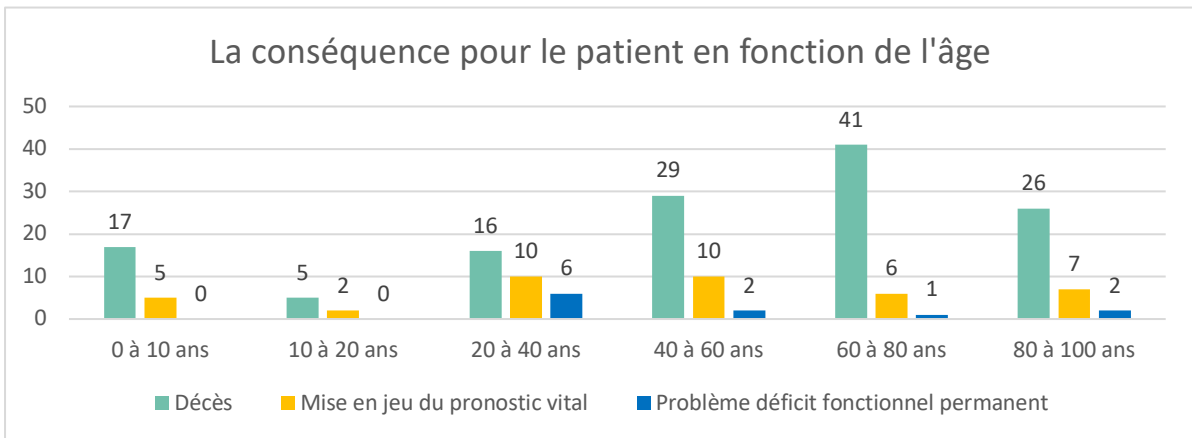
Age du patient	Femme	Homme	Total	%
0 à 10 ans	9	13	22	11,9%
10 à 20 ans	2	5	7	3,8%
20 à 40 ans	20	12	32	17,3%
40 à 60 ans	20	21	41	22,2%
60 à 80 ans	17	31	48	25,9%
80 à 100 ans	18	17	35	18,9%
Total	86	99	185	100,0%

La tranche d'âge des 60 à 80 ans représente le nombre d'EIGS le plus important (25.9 %), les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 44.8 % des EIGS sur la période étudiée.

1) Conséquences pour le patient



On peut voir que les conséquences pour le patient sont graves, 72 % ont eu pour conséquences le décès et 22 % la mise en jeu du pronostic vital.

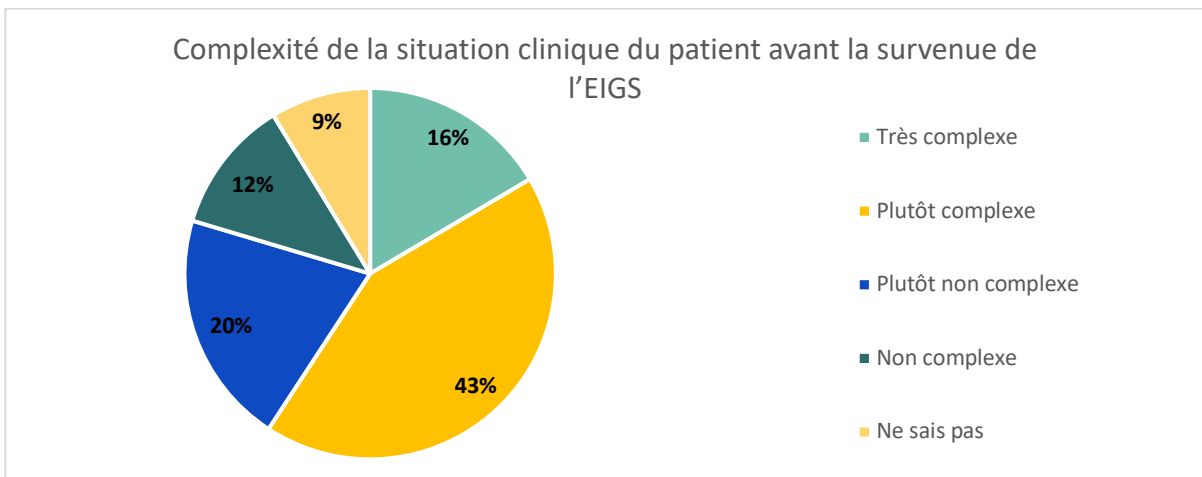


Cet histogramme permet de montrer que 50 % des EIGS ayant pour conséquence le décès du patient concernent les plus de 60 ans (67 EIGS). Un test de Khi2 montre un lien significatif entre l'âge et la conséquence pour le patient (avec p-value (0.02) <0.05)).

3.1.2 Analyse du volet 2

Sur les 185 EIGS de l'étude, il y a 103 EIGS avec le volet 2 renseignés. Pour cette partie les résultats concernent seulement ces 103 EIGS.

- **Complexité et Urgence de la situation clinique du patient avant la survenue de l'EIGS**
 - Complexité



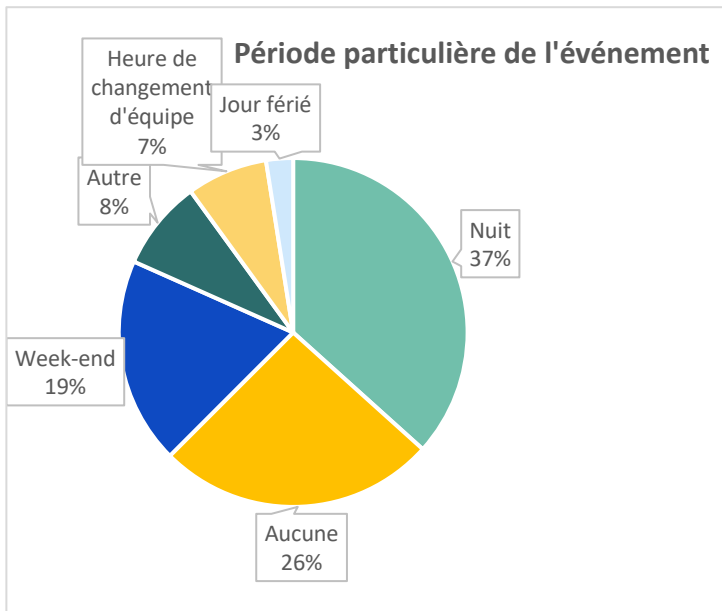
Selon les professionnels, dans 58 % des EIGS la situation clinique du patient est considérée comme « très complexe » et « plutôt complexe ».

- Urgence de la situation

Degré d'urgence de la prise en charge avant la survenue de l'événement	N	%
Urgence immédiate	53	51%
Urgence différée	18	17%
Urgence relative	22	21%
Non urgent	6	6%
Non concerné	4	4%
Total	103	100%

Dans 72 % des EIGS le déclarant estime une urgence immédiate ou relative. Ce chiffre est cohérent avec la filière d'étude.

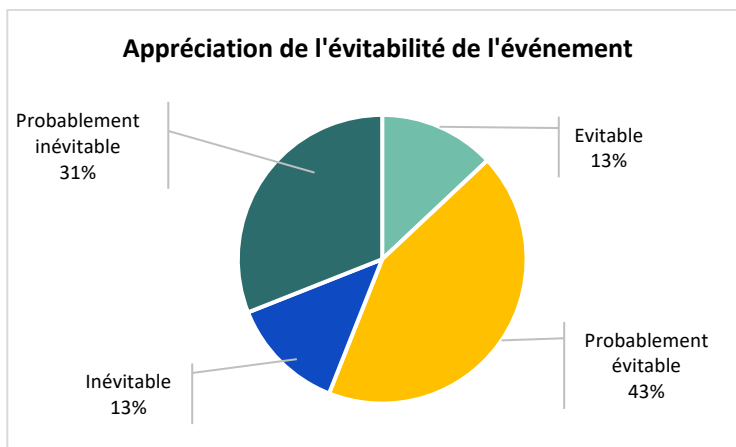
- Période particulière lors de la survenue de l'événement



Dans 66 % des cas l'événement a eu lieu sur une période de vulnérabilité (week-end, jour férié, nuit et heure de changement d'équipe).

Caractère évitable

Le caractère évitable est un jugement défini par les professionnels, pour qualifier les événements. (18).



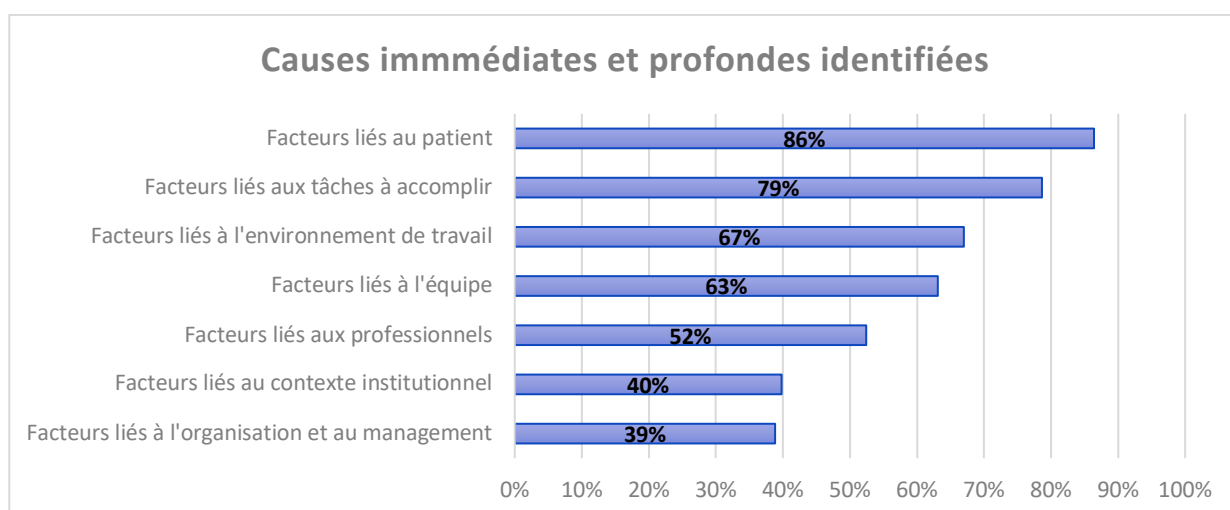
Dans 56 % des cas renseignés, l'événement est considéré comme évitable ou probablement évitable par le déclarant sur la période d'étude.

	Conséquences constatées pour la personne exposée							
	Décès		Mise en jeu du pronostic		Probable déficit		Total général	
Évitabilité	N	%	N	%	N	%	N	%
Évitable ou Probablement évitable	36	35,0%	15	14,6%	7	6,8%	58	56,3%
Inévitable ou Probablement inévitable	39	37,9%	5	4,9%	1	1,0%	45	43,7%
Total général	75	72,8%	20	19,4%	8	7,8%	103	100,0%

Pour les trois conséquences réunis 56.3 % sont évitables ou probablement évitables. Un test de khi2 montre un lien significatif (avec un degré de signification, P-value (0.005)<0.05)).

On montre que 48 % des décès sont évitables et 75 % des événements avec mise en jeu du pronostic vital sont évitables. Ces proportions correspondent à l'existence de circonstances dont la correction aurait pu éviter l'issue fatale. Justifiant l'importance d'une analyse collective des facteurs impactant, afin de proposer des actions d'améliorations.

- **Analyse des causes profondes**

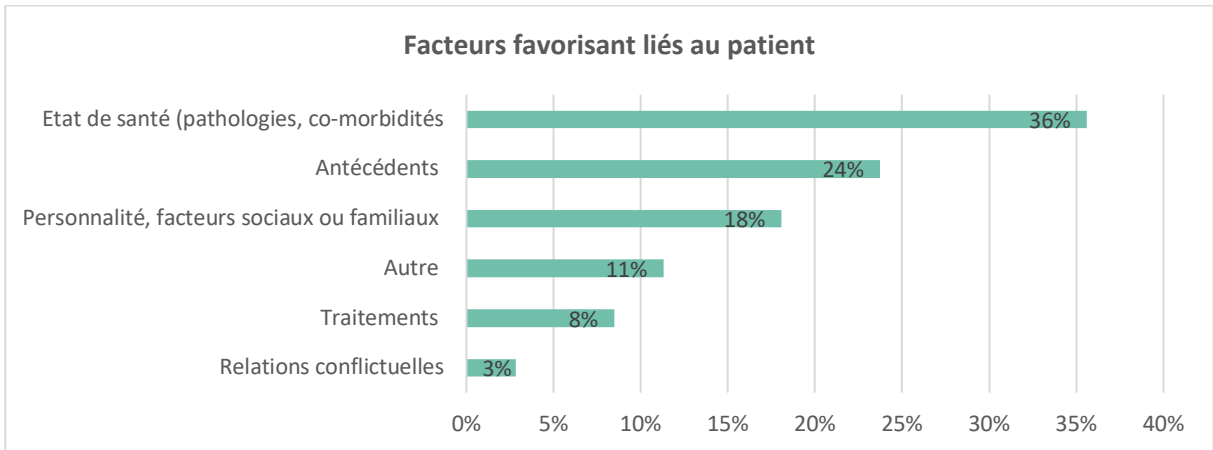


L'analyse du volet 2 suit la méthode ALARM, on peut voir que pour 86% des EIGS un facteur lié au patient a été identifié, pour 79% un facteur lié aux tâches à accomplir a été identifié, pour 67% un facteur lié à l'environnement de travail a été identifié et pour 63% les facteurs liés à l'équipe.

Les différents facteurs peuvent s'intriquer, les réponses transmises pour une catégorie sont classées arbitrairement au sein des sous-catégories. Les mesures correctives sont transmises pour l'ensemble des facteurs identifiés, elles sont reclassées par catégories suite à une lecture approfondie.

- **F1 : Facteur favorisant lié au patient**

Sur 103 EIGS, pour 89 EIGS un facteur favorisant lié au patient a été identifié.



Exemples de la sous-catégorie « État de santé »:

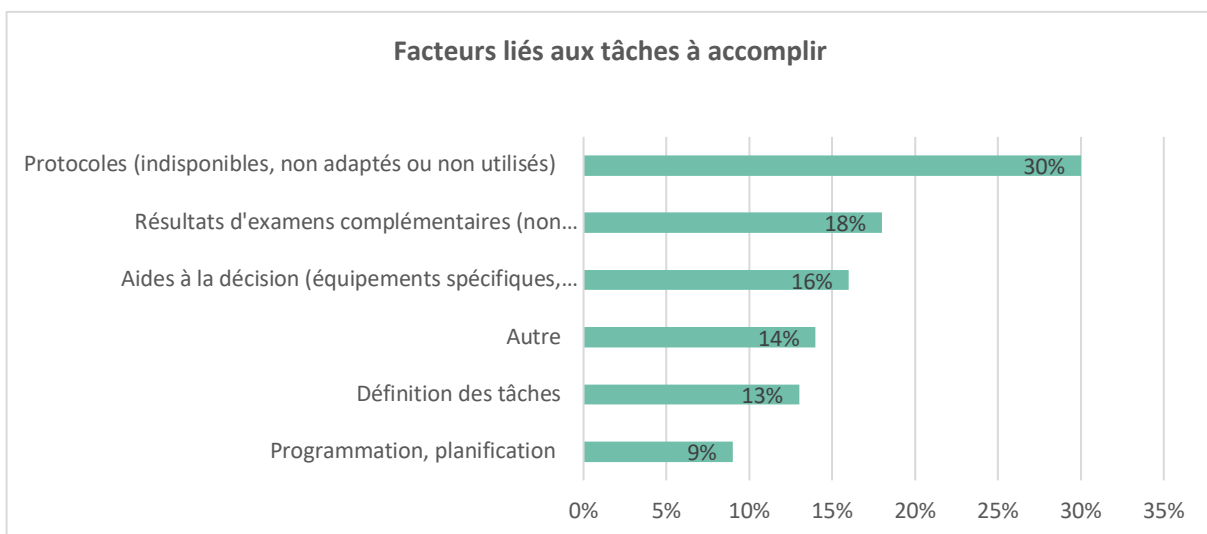
- Pathologies : Pneumopathie, ACR, AVC, détresse respiratoire, particularité anatomique, cardiopathie
- Comorbidités : HTA, obésité, insuffisance respiratoire chronique
- Antécédents : Diabète, antécédents génétiques, alcoolisme chronique, pathologie cardio-vasculaire

Exemples de mesure correctives proposées par les professionnels pour ce facteur :

- Sensibilisation des professionnels au respect de la procédure d'accueil et de prise en charge de patients présentant des troubles du comportement
- Sensibiliser les professionnels de santé à l'évaluation de la douleur à l'accueil
- Mise en place de score check-list sur la fragilité des patients

- **F2 : Facteurs favorisant lié aux tâches à accomplir**

Sur 103 EIGS, pour 81 EIGS un facteur lié aux tâches à accomplir a été identifié.



Exemple de la sous-catégorie « Protocole » : non application de la procédure, conduite à tenir non adaptée, absence de la procédure, procédure incomplète

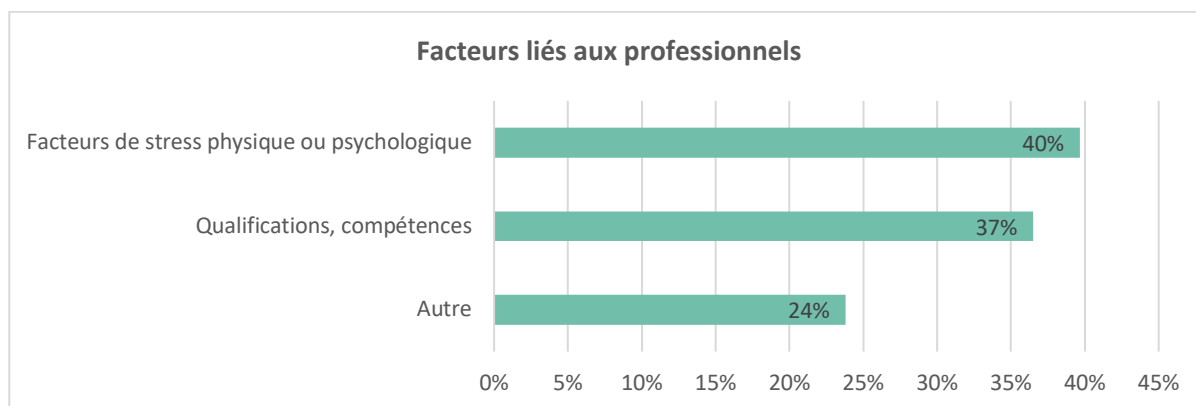
Exemple de la sous-catégorie « Résultats d'examens complémentaires » : Accès aux examens d'imagerie, absence de réalisation du scanner donc résultats indisponibles, absence d'ECG et absence de transmission des résultats.

Exemples de mesure correctives proposées par les professionnels pour ce facteur :

- Rédiger d'un protocole sur les critères de tri aux urgences gynécologiques et obstétricales
- Mettre à jour de la procédure « urgences vitales » et du parcours patient aux urgences.
- Formaliser la stratégie de l'utilisation de la ligne rouge entre les sapeurs-pompiers et le SAMU
- Rédiger et appliquer une procédure « Suivi et surveillance des patients en attente au SAU »

- **F3 : Facteurs favorisant liés aux professionnels**

Sur 103 EIGS, pour 54 EIGS un facteur lié aux professionnels a été identifié.



Exemples de la sous-catégorie « Facteurs de stress physique ou psychologique » : Équipe non habituée à faire des réanimations, stress lié à la gestion d'une situation d'urgence, événement survenu dans un contexte de crise (Covid 19) avec fatigue mentale, réaffectation du personnel suite à un manque d'effectif, manque d'expérience du médecin, fin de garde de 24h, IDE vacataire, surcharge de travail à l'accueil des urgences.

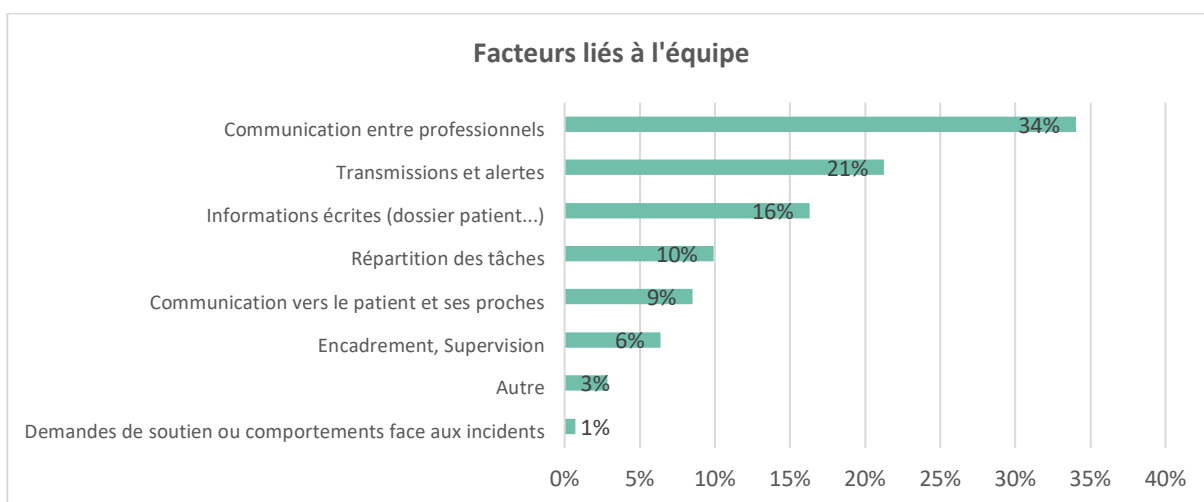
Exemples de la sous-catégorie « Qualifications, compétences » : Infirmier vacataire non formé aux spécificités du service, erreur de tri aux urgences, un intérimaire a eu des difficultés à évaluer l'état clinique et n'a pas alerté le médecin sénior, insuffisance de formation des ARM.

Exemples de mesure correctives proposées par les professionnels pour ce facteur :

- Réalisation des formations terrain « flash » au sein même des urgences
- Adaptation de la formation AFGSU « conduite à tenir en cas de coupure de téléphonie interne »
- Révision des critères de tri IAO
- Formation auprès des médecins du SAU sur la réalisation de recherche de cause de la mort à visée scientifique
- Mise en place d'une structuration institutionnelle en cas de repérage d'un traumatisme lié à l'exercice professionnel
- Mettre en place une Organisation de travail dans l'équipe afin d'adapter et réévaluer la charge en soin le matin et à l'heure du déjeuner
- S'assurer des formations extérieures IAO, cadre de service, en continu
- Organiser des simulations d'AVC afin d'entraîner les équipes à une prise en charge optimale
- Révision de la conduite à tenir "Prise en charge de l'arrêt cardiaque et de détresses vitales de l'adulte et de l'enfant. Chariot d'urgence"
- Organiser des exercices de simulation des situations d'urgence obstétricales

- **F4 : Facteurs favorisants liés à l'équipe**

Sur 103 EIGS, pour 65 EIGS un facteur lié à l'équipe a été identifié.



Exemples de la sous-catégorie « Communication entre professionnels » : Absence de transmission entre médecin traitant et les urgences, absence de transmission entre IDE/IAO/médecin, dossier du SMUR incomplet, communication inter équipe, absence de discussion du dossier lors du staff et absence de transmission entre l'interne et le senior.

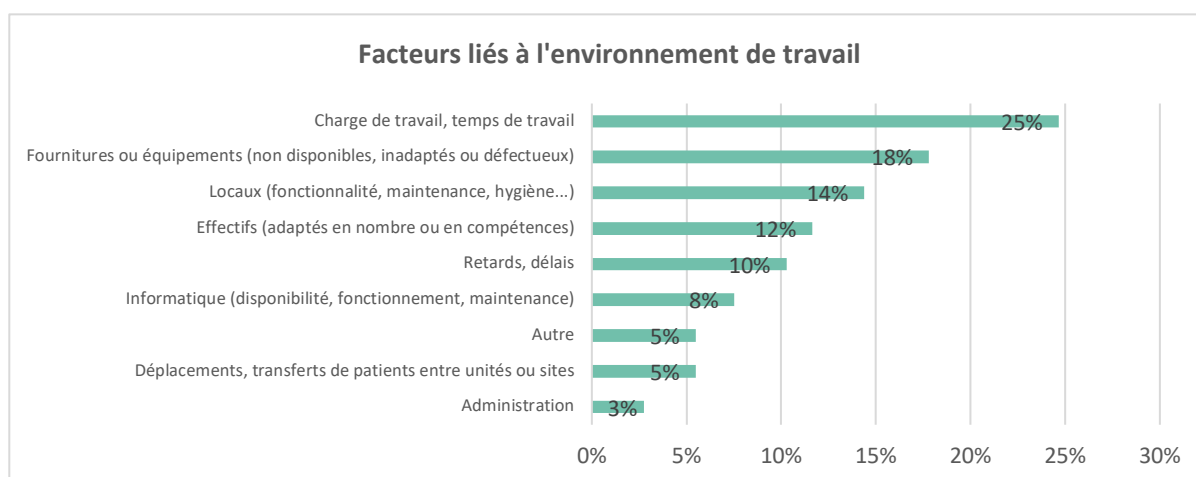
Exemples de la sous-catégorie « Transmissions et alertes » : Défaut de transmissions entre l'équipe de nuit et de jour, notion d'urgence non relevé.

Exemples de mesure correctives proposées par les professionnels pour ce facteur :

- Former les personnels à la communication
- Sensibiliser les collaborateurs au remplissage transmissions et à la traçabilité dans le dossier de soins (Pas tracé= pas fait)
- Rappel sur l'importance du contrôle réciproque ARM/REGUL sur l'identité, l'âge et l'adresse des patients
- Rappeler la nécessité d'avoir des transmissions médicales claires, sur le "qui fait quoi"
- Protocoliser l'accès à l'avis médical en cas d'urgence
- Améliorer la traçabilité dans le dossier du patient au SAU, notamment lors des décisions de transfert avec mise en jeu du pronostic vital lors du transfert

- **F5 : Facteurs favorisant liés à l'environnement de travail**

Sur 103 EIGS, pour 69 EIGS un facteur lié à l'environnement de travail a été identifié.



Exemples de la sous-catégorie « Charge de travail, temps de travail » : deux déchoquages successifs, beaucoup d'admissions (défaut de lits d'aval), période hivernale, charge de travail élevée avec les procédures Covid positif, forte activité téléphonique, flux de patients important au SAU.

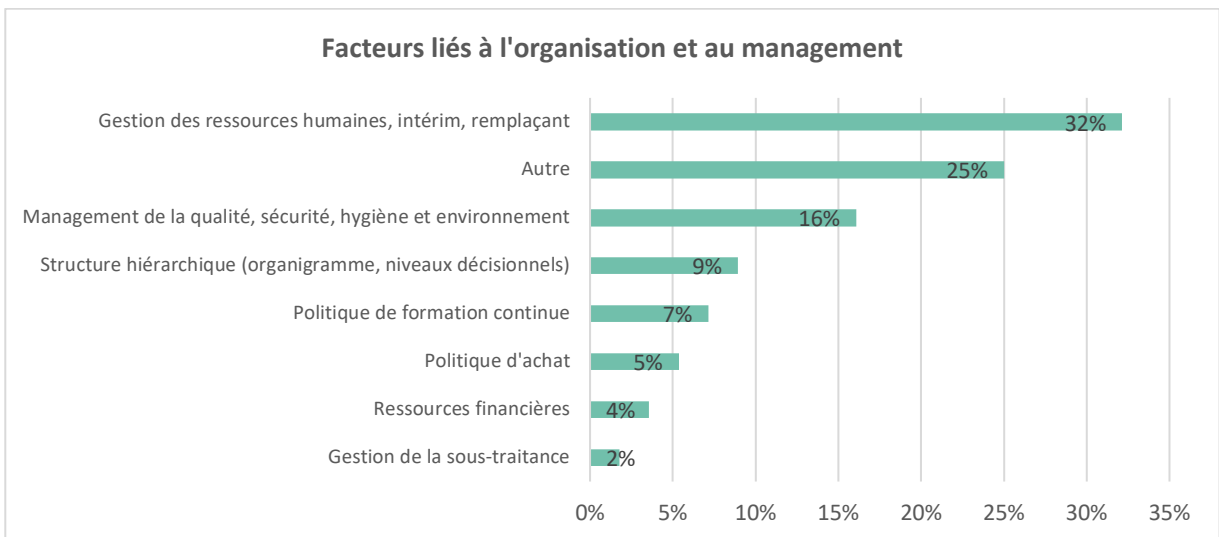
Exemples de la sous-catégorie « Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux) » : Batteries défaillantes des DECT du SAU, panne électrique d'une Unité Mobile Hospitalière, absence d'ECMO, heure différente sur les différents supports (scope, radio, pendule...) : paramétrage.

Exemples de mesure correctives proposées par les professionnels pour ce facteur :

- Sécuriser la communication téléphonique
- Ajouter le n° de téléphone du médecin (obstétrique, chirurgie viscérale, sénior radiologue) sur les affichages du SAU
- Engager une réflexion sur la localisation et l'organisation de la prise en charge des "tri 2" aux urgences

- Formaliser une procédure sur l'organisation de la prise en charge des patients entre 2 établissements
 - Disposer du matériel informatique nécessaire à la réinitialisation des répéteurs dans chaque salle.
- **F6 : Facteurs favorisant liés à l'organisation et au management**

Sur 103 EIGS, pour 40 EIGS un facteur lié à l'organisation et au management a été identifié.



Exemples de la sous-catégorie « Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant » : poste d'IDE vacant, premier jour d'une IDE sur ce secteur suite à un manque d'effectif, manque de senior, difficulté de recrutement et de fidélisation du personnel au SAU (concurrence du privé et de l'intérim), présence d'un intérimaire, non-respect de l'organisation imposant la présence d'un médecin sénior non-expérimenté et d'un médecin sénior expérimenté, moins de soignant la nuit.

Exemples de la sous-catégorie « Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement » : Manque de définition des rôles attribués à chacune des IDE, absence de connaissance du rôle de l'outil informatique permettant les déclarations et le suivi des événements indésirables, démarche qualité au SAMU en cours de développement, investissement insuffisant des personnels sur des projets de qualité ou de gestion des risques de l'unité.

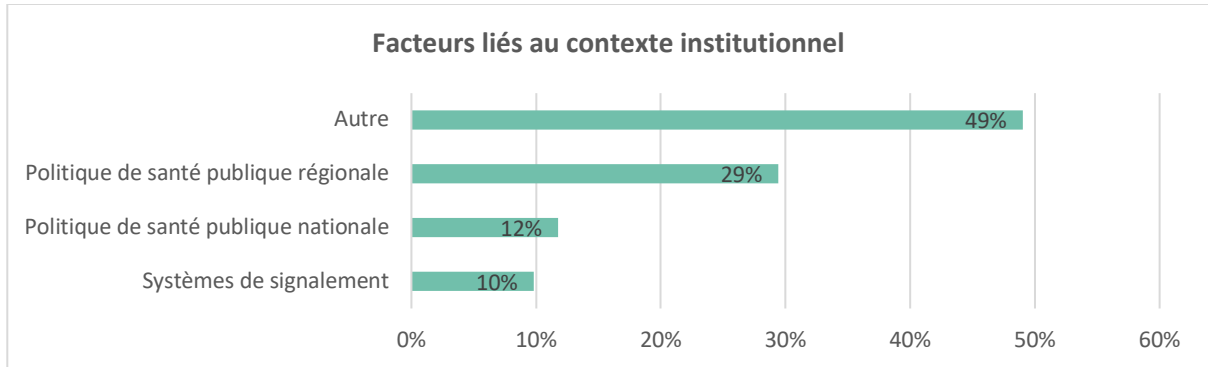
Exemples de mesure correctives proposées par les professionnels pour ce facteur :

- Réaliser un patient traceur
- Audit patient traceur afin d'évaluer les actions mises en place par le groupe de travail tri IAO
- Réaliser un rappel auprès des brancardiers sur les bonnes pratiques et les risques
- Organiser une procédure et la traçabilité des événements indésirables sur la fiche de surveillance ou sur un document dédié de la société de transport.
- Mettre en place un indicateur des temps d'attente au SAU

- Adaptation de la capacité en lits à l'effectif
- Réflexion sur l'organisation de la prise des RDV des patients dépendants
- Mener une réflexion sur l'accès à l'IRM en urgence 24h/24h

- **F7 : Facteur liés au contexte institutionnel**

Sur 103 EIGS, pour 41 EIGS un facteur lié au contexte institutionnel a été identifié.



Exemples de la sous-catégorie « Politique de santé publique régionale » : Modification de l'organisation du SAU (contexte Covid-19), ouverture d'unités de réanimations éphémères (contexte Covid-19), épidémie de bronchiolite, fermeture par l'ARS des choix de stage aux internes de médecine générale, filière gériatrique en place mais peu d'actions concrètes, tension sur la ressource en lits de réanimation et absence de neurochirurgie sur le département.

Exemples de la sous-catégorie « Politique de santé publique nationale » : un contexte démographique national défavorable des médecins anesthésistes réanimateurs, seul 7 % des établissements de santé disposent d'un plateau technique NRI, le manque de personnel médical oblige les médecins urgentistes à faire de nombreuses heures supplémentaires ainsi qu'à travailler par périodes de gardes de 24 heures. Une possible baisse de vigilance du médecin à 2h du matin (18h de garde) lorsqu'il voit la patiente et à 6h10 du matin lorsqu'elle fait un malaise (22h de garde).

Exemples de mesure correctives proposées par les professionnels pour ce facteur :

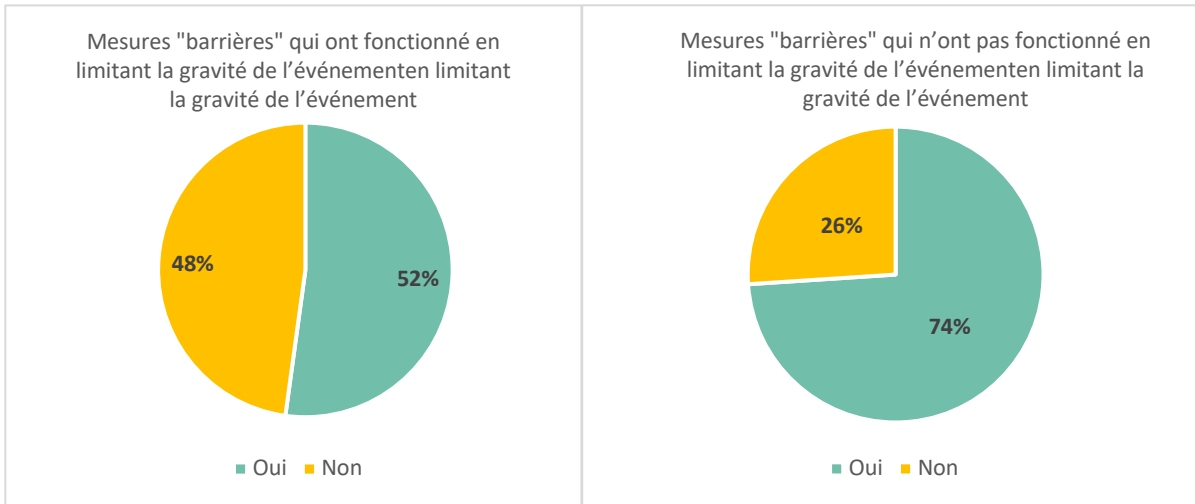
- Informer les instances départementales et régionales de l'ARS de la nécessité d'améliorer l'organisation et les modalités de transport en dehors du département dans le cadre de la politique régionale du transport en ambulance
- Formaliser les alternatives au SMUR pour lever de doute/évaluation ou lorsque le SMUR est indisponible (IDE pompiers, SOS, associatifs etc..)

- **Barrières**

Il y a 3 types de barrières :

- les barrières de prévention elles empêchent la survenue de l'erreur.

- Les barrières de récupération : l'erreur est commise mais récupérée avant d'avoir des conséquences graves.
- Les barrières d'atténuation : l'accident est avéré, mais les mesures mises en place en limitent la gravité.



Dans 52 % des cas, le déclarant identifie des mesures barrières qui ont fonctionné. Par ailleurs, dans 74 % des cas, des mesures barrières se sont avérées défaillantes.

Quelques exemples de barrières ayant fonctionnées :

Exemples de barrières qui ont fonctionné	Exemples de barrières qui n'ont pas fonctionné
<ul style="list-style-type: none"> - Appel de renfort (médecin sénior, équipe réanimation, IADE, etc) - Transfert au bloc opératoire rapidement - Utilisation de l'application SAUVLIFE - Appel renfort sur place (BSPP, SAMU pédiatrique, SAMU du département voisin) - Réalisation d'une RMM - Mise en place immédiate des manœuvres de réanimation de l'ACR - Gestion des conséquences sur le personnel avec débriefing dans l'unité, soutien psychologique 	<ul style="list-style-type: none"> - Aide à l'orientation des appels pour l'ARM - Défaut de qualification de l'urgence vitale - Absence de traçabilité - Absence de tri au SAU - Anticiper l'offre de soins de lits de soins critiques et coordonner les fermetures éventuelles de lits à l'échelon d'un territoire - Alerte écrite et orale de l'IDE auprès de médecin d'une constante anormale - Non utilisation de la check-list et retard d'analyse clinique - Vérification du matériel et montage du respirateur avant intubation - Étude du bénéfice risque à la fermeture des portes des chambres dans le but d'isolement en contexte de risque infectieux de COVID-19 pour le personnel

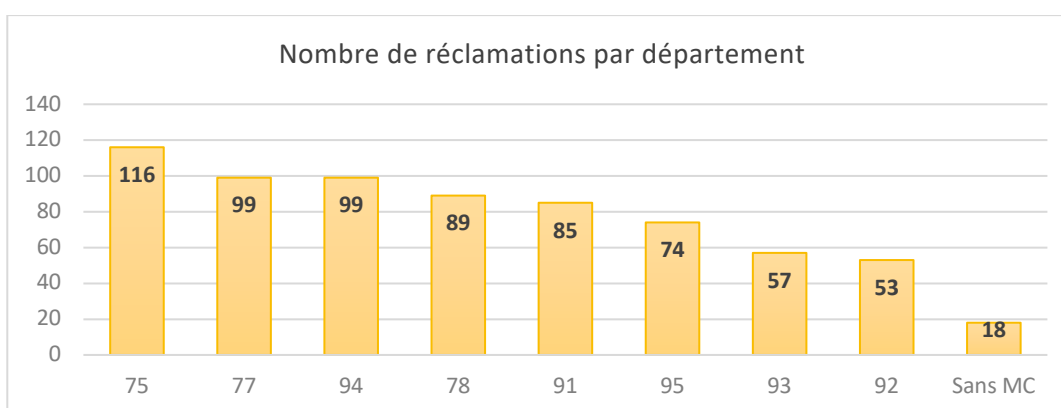
3.2 Réclamations

- Profil du requérant

<i>Profil du requérant</i>	<i>Nombre de réclamations</i>	<i>%</i>
<i>Différent de l'utilisateur (victime)</i>	405	58,7%
<i>L'utilisateur (victime)</i>	280	40,6%
<i>Non renseigné</i>	5	0,7%
<i>Total général</i>	690	100%

Parmi les réclamations étudiées 58.7 % sont faites par une personne différente de l'utilisateur.

3.2.1 Description des réclamations



Le département de Paris est en premier lieu comme pour les EIGS. On remarque les mêmes départements (75,94 et 77) dans les catégories supérieures.

- Par domaine fonctionnel

Parmi les 690 réclamations de la filière SAU/SAMU/SMUR, 607 réclamations concernent le domaine de « Sanitaire », 65 relèvent de « l'Ambulatoire et Transversal » et 18 du « Médico-social ».

3.2.2 Analyse des Motifs IGAS

Tableau 2 : Description par catégories des Motifs IGAS

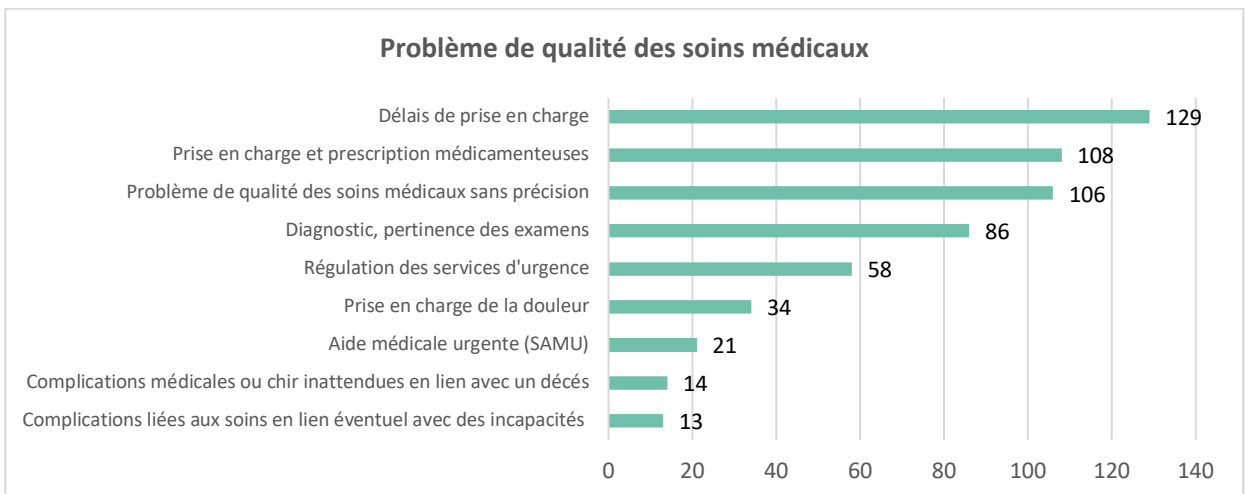
Motif IGAS	Nb	%
Problème de qualité des soins médicaux	358	34,4%
Mise en cause attitude des professionnels	277	26,6%

Problème d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement ou du service	187	18,0%
Facturation et honoraires	57	5,5%
Hôtellerie-locaux-restauration	52	5,0%
Informations et droits des usagers	51	4,9%
Problème de qualité des soins paramédicaux	26	2,5%
Recherche d'établissement ou d'un professionnel	26	2,5%
COVID-19	6	0,6%

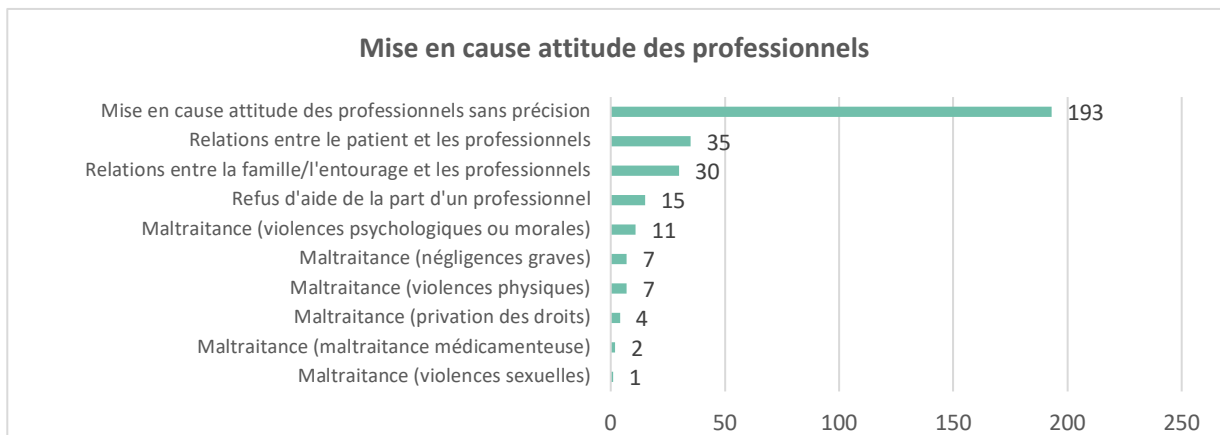
Parmi les griefs des usagers 34,4 % concernent un « Problème des qualités des soins médicaux », 26,6 % mettent en cause l'attitude d'un professionnels et 18 % concernent un « Problème d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement ou du service ».

Chaque catégorie des motifs IGAS est détaillée en sous-catégories, renseignées par les gestionnaires lors de l'enregistrement sur SIREC. Dans le cas où seul la grande catégorie est renseignée sans sous-catégorie, une sous-catégorie « sans précision » a été créé pour l'analyse.

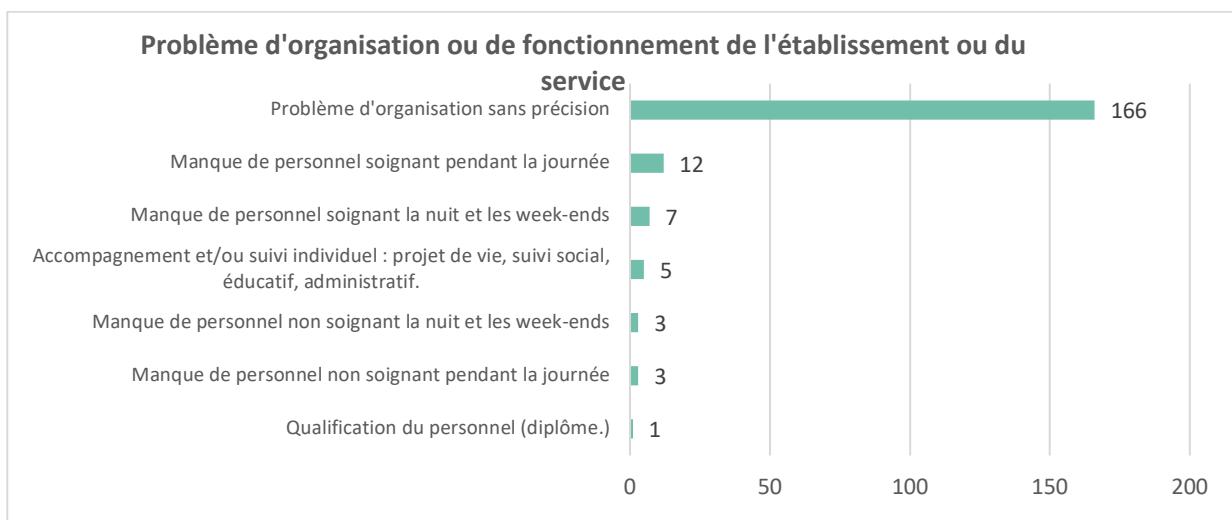
Le détail des trois principales catégories sont présentés ci-dessous.



La catégorie « Problème de qualité des soins médicaux » est identifiée dans 358 réclamations. Parmi les sous-catégories de ce motif le « délai de prise en charge » est dominant, puis les griefs concernent « la prise en charge et prescription médicamenteuses ». Puis pour 106 réclamations la catégorie « Problème de qualité des soins médicaux » est identifiée sans sous-catégories.



Le motif « mise en cause attitude des professionnels » est cité dans 277 réclamations. Parmi les sous-catégories renseignées, les griefs concernent les relations entre le patient et les professionnels et les relations entre les proches et les professionnels.



Le motif « Problème d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement ou du service » est identifié dans 187 réclamations. Parmi les sous-catégories renseignées, les griefs concernent un manque de personnel soignant pendant la journée puis un manque de personnel soignant la nuit et les week-ends.

4 Partie Discussion

4.1 Correspondance EIGS/Réclamations

Pour cette partie une analyse comparative est effectuée pour identifier les correspondances. Afin de faciliter la compréhension de cette partie les familles des facteurs favorisant identifiées pour les EIGS sont notées par F1, F2, F3, etc. Pour l'analyse croisée je vais partir des trois motifs IGAS identifiés majoritairement dans les réclamations des usagers.

4.1.1 Catégorie « Problème de qualité des soins médicaux »

- ❖ Délais de prise en charge : Ce grief peut correspondre au F5 lié à l'environnement de travail, en effet les critères « Charge de travail, temps de travail » (25%) et « Effectifs » (12%) ont été identifiés par les professionnels comme étant un facteur favorisant l'EIGS. En effet, un manque d'effectifs PNM et PM est un sujet préoccupant de l'actualité. Environ un lit sur cinq est fermé dans les grands hôpitaux publics, selon une enquête dirigée par Jean-François Delfraissy.
- ❖ Prise en charge et prescription médicamenteuses : Ce motif est le deuxième de la catégorie, il peut être en lien avec le F2 lié aux tâches à accomplir avec le critère « Protocoles » (30%) qui met en cause soit l'absence ou le non-respect des procédures par le professionnel. Le F3 lié au professionnel identifie les critères « Qualifications, compétences » qui peut expliquer ce grief.
- ❖ Diagnostic, pertinence des examens : les usagers trouvent que les examens effectués sont insuffisants ou inadaptés et disent que cela mène à une erreur de diagnostic. Ce grief peut être lié avec le F2 « Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents) » (18%) identifié comme une des causes des EIGS.
- ❖ Régulation des services d'urgence : suite à un passage dans un SAU les usagers font part de leur mécontentement de la prise en charge et du temps d'attente tout au long de leur parcours aux urgences. On peut relier ce critère avec le F5 « charge de travail, temps de travail » (25%), « Retards, délais » (10%), « Déplacement, transfert de patients entre unités ou site » (5%) et « Effectifs » (12%). Ce grief peut également être lié au F6 concernant l'organisation et le management avec le critère « Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant » (32%), effectivement dans le détail de ces facteurs on retrouve plusieurs fois des soignants remplaçants à l'origine d'une erreur de tri. Ces causes identifiées par les professionnels peuvent se ressentir chez l'utilisateur comme un manquement de la régulation du service.
- ❖ Prise en charge de la douleur : Ce grief peut être lié au F4 lié à l'équipe avec les catégories « Transmissions et alertes » et « Information écrites (dossier patient) »,

en effet un défaut de communication peut être à l'origine d'un défaut de prise en charge de la douleur.

- ❖ Aide médicale urgente (SAMU) : les griefs liés à ce motif concernent souvent le délai d'attente avant l'arrivée du SAMU, un refus de prise en charge par le médecin régulateur ou encore un moyen de transport non adapté. Ces réclamations peuvent correspondre au F4 « Communication entre professionnels », au F3 lié au professionnel « Qualification, compétences ». En effet les professionnels ont identifié plusieurs causes aux défauts de prise en charge du SAMU comme le manque de pertinence dans l'interrogatoire du praticien, une insuffisance de formation des ARM, l'urgence vitale de la situation non retenue ou bien un défaut de communication entre le médecin et le patient. On peut également lier le F5 « Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux) (18%) pour les réclamations suite à des dysfonctionnements ou l'absence de matériel. Ces réclamations peuvent être également associées au F7 lié au contexte institutionnel dans lequel les professionnels ont identifié comme cause l'absence d'interface entre les outils SAMU-Pompiers et les co-régulations des secours insuffisamment coordonnées.

4.1.2 Mise en cause attitude des professionnels

- ❖ Relation entre le patient/ la famille/ l'entourage et les professionnels : la relation avec les professionnels est une des causes des réclamations des usagers, on peut la mettre en lien avec le F1 lié au patient, le facteur le plus identifié par les professionnels. On retrouve notamment le critère « personnalité, facteurs sociaux ou familiaux », « Relations conflictuelles » identifiés comme cause des EIGS et le F4 « Communication vers le patient et ses proches ». On peut voir que la relation avec le professionnel est le sujet de nombreuses réclamations, et elle est également identifiée par les professionnels dans plusieurs catégories comme un facteur des causes des EIGS.
- ❖ Refus d'aide de la part d'un professionnel : des réclamations portent sur le refus d'aide, on peut voir que les professionnels identifient également des « Relations conflictuelles » au sein du F1 et également la « charge de travail, temps de travail » du F5 peut être lié à ces griefs. En effet les professionnels déclarent une charge de

travail élevée, qui peut se répercuter sur les usagers avec des soignants moins disponibles.

- ❖ Maltraitance : plusieurs types de maltraitance sont remontés par les usagers, on peut difficilement les mettre en lien avec le F3 « Facteurs de stress physique ou psychologique » et le F5 « charge de travail, temps de travail » ces deux critères pourraient engendrer des actes de maltraitance et de négligence.

4.1.3 Problème d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement ou du service

- ❖ Manque de personnel : les plaintes des usagers portent sur leurs inquiétudes et leurs mécontentements sur le manque de personnel. Ces griefs peuvent se rapprocher du F5 « charge de travail, temps de travail », « Effectifs », du F6 « Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant » et le F7 « Politique de santé publique nationale » identifiés par les professionnels. En effet le manque de personnels est une des problématiques actuelles dans les établissements de santé sur tout le territoire.

Ainsi, grâce à cette analyse on peut supposer des correspondances entre les EIGS et les réclamations patients. Plusieurs griefs correspondent avec les facteurs identifiés par les professionnels. Cependant cette analyse reste discutable, en effet il n'existe pas de moyen défini pour comparer les réclamations et les EIGS. L'indépendance des deux portails de signalement limite cette analyse croisée.

4.2 Comparaison EIGS filière urgence et EIGS généraux

Pour cette partie une analyse comparative entre les EIGS de la filière d'étude et les EIGS généraux est effectuée à partir des rapports décrits en première partie.

4.2.1 Volet 1

En comparaison avec le Rapport des EIGS de l'année 2020 portant sur toutes les filières (Cahier technique EIGS, 2021), les EIGS de notre filière d'étude concernent une population plus jeune. Pour la filière urgence 33% concernent des personnes de 0 à 40 ans par rapport à 25.8% selon le rapport HAS, et 44.8% concernent les plus de 60 ans par rapport à 53.5% selon le rapport HAS.

Selon le bilan annuel interne du DREIV portant sur « les EIGS de l'année 2021 concernant toutes les filières de prise en charge », 52% ont eu pour conséquences le décès du patient, on retrouve le même résultat selon le rapport de la HAS (ibid) contre 72% de décès pour les cas de l'étude. Les EIGS concernant la filière urgence sont plus grave pour le patient.

La complexité de la situation clinique du patient avant la survenue de l'EIGS est équivalente entre les EIGS concernant toutes les filières de prise en charge et celle de l'urgence. Dans 49% selon le rapport de la HAS (ibid) et dans 57% d'après le rapport annuel de l'ARS, le déclarant estime que l'urgence de la prise en charge du patient avant la survenue de l'événement est immédiate ou relative. Pour la filière urgence, dans 72% des EIGS le déclarant estime une urgence immédiate ou relative. D'après l'analyse de la HAS (ibid) 56% des EIGS se sont déroulés durant une période de vulnérabilité par rapport à 66% des EIGS de la filière SAMU/SMUR/SAU. On peut voir que les périodes de vulnérabilité représentent principalement la nuit (37%) et le week-end (19%) pour la filière urgence. L'évitabilité des EIGS est équivalente pour les EIGS généraux et la filière urgence. Les EIGS sont considérés comme évitables ou probablement évitables à 56% dans le rapport de l'HAS, à 60% dans le rapport annuel de l'ARS et à 56% pour la filière urgence.

En résumé les EIGS de la filière d'étude concernent des personnes plus jeune, et des situations avec une notion d'urgence plus importante. Cela explique certainement les conséquences plus graves pour les patients avec les EIGS de la filière urgence.

4.2.2 Volet 2

Les facteurs liés au patient sont identifiés majoritairement au sein des différents rapports : rapport HAS (HAS, art-cit), Bilan annuel interne 2021 du DREIV et au sein de la filière urgence. En effet, l'état de santé, les antécédents et la personnalité, les facteurs sociaux ou familiaux sont identifiés comme les premiers facteurs liés à l'événement.

En comparaison avec le rapport de la HAS (ibid) pour les facteurs liés aux tâches à accomplir, on peut voir que « Les protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés) » est le facteur dominant de la catégorie dans les deux études. On remarque que la catégorie « Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents) » est plus identifiée pour la filière urgence. Les professionnels soulèvent des difficultés d'accès aux examens d'imageries en urgence. Le Retex de ce rapport (RETEX, HAS,2021), présente cinq focus qui permettent de mettre en lumière certaines situations à risques identifiées en 2020. En deuxième focus on retrouve notamment les EIGS en lien avec le recours à la radiologie et/ou à l'IRM.

Pour la catégorie des facteurs liés aux professionnels, les facteurs de stress physique et psychologique sont identifiés majoritairement au sein de la filière urgence. Concernant la catégorie « Qualifications et compétences », des actions correctrices ont été mises en place, notamment des

simulations de situations d'urgence. Pour la filière urgence plusieurs cas concernent les régulations des ARM (manque d'efficacité de l'entretien, urgence de la situation non identifiée). Pour renforcer la qualité de la régulation médicale au sein des centres régulant les appels d'urgence médicale (SAMU-Centres 15), une formation diplômante est désormais obligatoire pour exercer la profession d'assistant de régulation médicale, depuis 2019.

Pour les facteurs liés à l'équipe on retrouve le même classement des sous facteurs. Les problèmes de communication sont majoritairement identifiés dans cette catégorie de facteurs.

Concernant l'environnement de travail, pour le rapport de la HAS (Cahier technique EIGS, HAS,2021) et pour la filière urgence, on retrouve comme premiers facteurs ceux liés à la charge de travail, aux fournitures, aux locaux et au manque d'effectifs. Pour la filière urgence la catégorie « Retards, délais » est plus identifiée. Quelques exemples de causes ayant entraîné un retard et délai de la prise en charge : « plus de 300 passages sur la journée au SAU, délai d'attente de plus 8 heures et salle de déchocage pleine », « le SMUR a été victime d'un accident de la route », « difficultés climatiques et routières » et également « associé aux changements d'équipes, et accueil des nouveaux arrivants a entraîné un retard à la prise en charge du patient qui était prévue < 1h ».

Dans les facteurs liés à l'organisation et au management, on retrouve en premier lieu « la gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant » pour la filière urgence et également les EIGS généraux du rapport HAS, en effet le manque d'effectifs en milieu hospitalier est une problématique depuis plusieurs années. Selon la DREES « Depuis 2010, les effectifs salariés hospitaliers ralentissent : leur taux de croissance annuel passe de 1,6 % fin 2010 à 0,3 % fin 2016. En 2017, ils diminuent de 0,3 %, pour la première fois depuis quinze ans, recul qui se confirme en 2018 (-0,4 % fin 2018). Cette baisse est observée aussi bien dans le secteur hospitalier public que privé. » (Drees,2020)

Ainsi, on grâce à cette analyse on peut relever des spécificités liés à la filière urgence, et repérer les problématiques communes à tous les EIGS. Cependant il est important de notifier que cette analyse se base sur les cas déclarés à l'ARS et à la HAS.

4.3 Limites de l'étude

Les EIGS présentés sont issus des cas déclarés à l'ARS. Ils ne représentent pas de valeur épidémiologique ou statistique généralisable à l'ensemble de la population ou à des soins pour caractériser des risques sur un secteur d'activité. En effet les déclarations sont issues du bon vouloir des établissements, notamment une des missions primordiales de l'ARS, développer la culture de la déclaration. La correspondance des EIGS et des réclamations est difficile à interpréter. En effet, la réclamation de l'utilisateur est une vision subjective alors que la déclaration d'un EIGS est factuelle. Concernant l'analyse, les motifs IGAS des réclamations sont renseignés par l'équipe du DREIV,

certain motifs peuvent être non identifiés lors de la déclaration sur SIREC. Concernant les EIGS, l'analyse de certains cas est succincte et manque de précision pour l'analyse. Enfin, les déclarations des EIGS ne permettent pas de calculer l'incidence de l'événement sur le temps de séjour du patient. En effet pour les cas où le patient est vivant suite à l'EIGS l'information sur le temps de séjour rallongé permettrait de voir l'impact sur le séjour d'hospitalisations et les lits occupés. L'indépendance des portails nationaux de signalements SIREC et SI-VSS limite également l'analyse croisée de ces données. La comparaison du ressenti des patients et des facteurs identifiés par les professionnels serait plus pertinente.

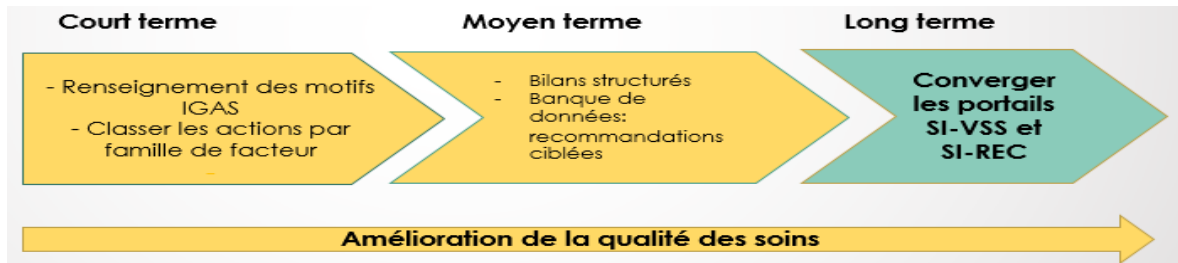
4.4 Préconisations

Suite à ce travail je propose plusieurs préconisations, premièrement de faire le lien entre réclamations et EIGS ce qui serait plus pertinent pour effectuer des analyses. En effet permettre d'avoir pour chaque réclamations l'EIGS correspondant s'il y a lieu, permettrait d'analyser les deux visions pour un même événement. Les réclamations sont rédigées par les patients en format libre, mettre en place un questionnaire de réclamations permettrait de mieux catégoriser les réclamations et limiter la perte de données. Inciter les établissements à apporter une réponse aux usagers dans les plus bref délai, en effet de nombreuses réclamations parviennent à l'ARS plusieurs mois après les faits liés aux griefs, suite à l'absence de réponse des établissements. Ce délai devrait être réduit, en effet pendant ce délai la patient attend une réponse et cela impact son ressenti sur la prise en charge reçue.

Concernant les outils de signalement, on peut identifier comme plan d'amélioration :

- Pour le portail SI-VSS : Répertorier les actions par famille de facteurs, afin d'avoir une vision plus claire sur les actions mises en place pour une même problématique, et ainsi effectuer des recommandations ciblées aux professionnels. Cela permettrait de créer une banque de données avec les actions classées par problématique.
- Pour le portail SI-REC :
 - Améliorer le renseignement des motifs IGAS, rendre la sélection de sous-catégories impérative afin de mieux répertorier les griefs des réclamations.
 - Supprimer les sous catégories « Autres » afin de favoriser le renseignement des catégories.
 - Intégrer à l'outil le suivi des griefs finalement retenu et les actions mises en œuvre suite à l'analyse des structures.

À long terme, l'objectif est de converger les deux portails SI-VSS et SI-REC, afin d'avoir les réclamations des usagers et les EIGS d'un même établissement sur le même portail. Cela permettrait de faire des recommandations plus ciblées et d'identifier les axes d'amélioration pour chaque établissement, et ainsi avoir une vision d'ensemble pour chaque établissement.



De l'analyse des EIGS et des réclamations de la filière urgence, au niveau régional, des axes d'améliorations sont identifiés :

- Améliorer la prise en charge et la vigilance sur les périodes de vulnérabilité (nuit, week-end et jour férié).
- Améliorer, réviser régulièrement les protocoles et effectuer des mises à jour auprès du personnel lors de nouveaux protocoles.
- Améliorer l'accès aux examens complémentaires en urgence (IRM, résultat biologique, avis spécialistes) notamment sur les périodes de vulnérabilités.
- Accentuer les formations sur les spécificités du services (IAO, gestes d'urgence, entretiens téléphoniques (SAMU), pathologies prévalentes du service).
- Améliorer la coordination entre professionnels (ville-hôpital, entre établissements, développer davantage le dossier médical numérique (mon espace santé)) .
- Améliorer la coordination des différents intervenants (BSPP, SAMU, Ambulance privé).
- Formaliser la coopération entre départements voisins en cas de forte activité.

Conclusion

Ce mémoire avait pour objectif de comparer les réclamations des usagers et des professionnels sur la filière urgence. En effet la filière urgence est actuellement très tendue sur le territoire. Cette étude a permis de montrer les correspondances identifiées par les deux acteurs. En effet les professionnels et les usagers sont en accord sur plusieurs problématiques. Ce travail a permis également d'identifier les spécificités des EIGS de cette filière et les conséquences, plus graves pour le patient. Cependant les différentes perspectives permettent également d'avoir des différences. Notamment les professionnels qui identifient des facteurs liés à l'état de santé, les antécédents, une vision liée aux connaissances du métier. Et des griefs des usagers liés à l'ensemble de la prise en charge, avec une vision axée sur son parcours. Les réclamations des usagers permettent également d'analyser le ressenti des usagers et d'améliorer la qualité des soins. Enfin, une prochaine étude mériterait d'être menée sur l'implication de l'expérience patient comme un indicateur de qualité pour l'évaluation des services d'urgence et des SAMU/SMUR.

Bibliographie

1. Galichon, Bertrand. « Les urgences hospitalières sur la sellette », Études, vol., no. 6, 2020, p. 33-43
2. Patiente morte à l'hôpital Lariboisière : l'enquête confirme des dysfonctionnements aux urgences [Internet]. [cité 19 juill 2022]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/06/11/patiente-morte-a-l-hopital-lariboisiere-l-enquete-confirme-des-dysfonctionnements-aux-urgences_5474414_3224.html
3. Rôles et missions de l'ARS Île-de-France [Internet]. [cité 19 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/roles-et-missions-de-lars-ile-de-france>
4. Comment déposer une réclamation ? [Internet]. [cité 19 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/comment-deposer-une-reclamation>
5. La charte Marianne [Internet]. [cité 19 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.jeunes.gouv.fr/La-charte-Marianne>
6. Programme National pour la Sécurité des Patients (PNSP) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 19 juill 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1505131/fr/programme-national-pour-la-securite-des-patients-pnsp
7. Réorganisation des vigilances sanitaires : rapport de mission [Internet]. vie-publique.fr. [cité 19 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/33473-reorganisation-des-vigilances-sanitaires-rapport-de-mission>
8. Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS), Rapport annuel d'activité 2017, HAS ; p 14 : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/retour_dexperience_sur_les_evenements_indesirables_graves_associes_a_des_soins_eigs_rapport_annuel_2017.pdf
9. Instruction no DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du décret no 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients : https://solidaritesante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-03/ste_20170003_0000_0058.pdf
10. La médecine d'urgence [Internet]. [cité 19 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/la-medecine-durgence-0>
11. État des lieux des événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) concernant les SAMU-SMUR, Juillet 2018, HAS : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-07/spa-120_rapport_etat_lieux_eigs_samu-smur_cd_v3.pdf

12. Cahier technique « Les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) – 2020 », HAS : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-12/pdf_cahier_technique.pdf
13. Retour d'expérience national : Les évènements indésirables graves associés à des soins (EIGS)-2020, HAS, Décembre 2021. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-12/pdf_retour_experience_national.pdf
14. ENEIS 2019 « Rapport descriptif : Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables Graves Associés aux Soins dans les Etablissements de Santé », DGOS
15. ENEIS 2019 « Rapport comparatif : Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables Graves Associés aux Soins dans les Etablissements de Santé », DGOS
16. « Barriers and success factors to the implementation of a multi-site prospective adverse event surveillance system », CHANTAL BACKMAN, ALAN J. FORSTER, AND SASKIA VANDERLOO : 20 May 2014, consulté le : juin 2022. Disponible sur : <https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/35016/1/6Backman%20Prospective%20Surveillance%20System.pdf>
17. Vincent, C. & Amalberti, R. Seeing Safety Through the Patient's Eyes. in *Safer Healthcare* 39–46 (Springer International Publishing, 2016). doi:[10.1007/978-3-319-25559-0_4](https://doi.org/10.1007/978-3-319-25559-0_4).
18. O'Hara, J. K. *et al.* What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study. *BMJ Qual Saf* **27**, 673–682 (2018).
19. « Les établissements de santé », Drees, édition 2020, p 137. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/es2020.pdf>

Liste des annexes

Annexe 1 : Formulaire de déclaration d'un événement indésirable grave associé à des soins

Annexe 2 : Grille de la méthode ALARM (HAS)

Annexe 1: Formulaire de déclaration d'un événement indésirable grave associé aux soins

Référence du volet 1	
Quel est le numéro de référence du premier volet de déclaration?	
Informations sur le déclarant	
Catégorie déclarant	
Vous déclarez en qualité de ?	
Veuillez préciser votre catégorie professionnelle	
Nom	
Prénom	
Téléphone	
Adresse électronique	
Nom de l'établissement, de la structure ou du service d'exercice	
N° FINESS géographique de l'établissement	
Lieu de survenue de l'évènement	
Département de survenue	
Lieu de survenue de l'évènement	
Si vous avez saisi "autre", veuillez préciser	
Préciser l'activité concernée en établissement de santé ou la structure de soins de ville concernée	
Si vous avez saisi "autre", veuillez préciser	
Information sur la prise en charge	
Quel est le diagnostic principal de prise en charge avant l'EIGS ?	
Avant la survenue de l'EIGS, quelle était la complexité de la situation clinique du patient ?	

Quel était le but de l'acte de soins ?	
La prise en charge était-elle programmée ?	
Quel était le degré d'urgence de la prise en charge lors de la survenue de l'évènement ?	
Renseignez le code CCAM de l'acte médical réalisé	
Précisez, le cas échéant, si une technique innovante a été utilisée ? (pratique, matériel, clinique informatique, etc.)	
Si oui, précisez laquelle	
Précisez durant quelles périodes particulières l'évènement s'est déroulé	
Les causes immédiates et les causes profondes (facteurs)	
Avez-vous identifié une ou des causes immédiates à l'évènement?	
Si oui, précisez lesquelles	
Avez-vous identifié des facteurs favorisants liés :	
Au patient / résident ?	
Le(s)quel(s) ?	
Expliciter votre choix	
Aux tâches à accomplir ?	
Le(s)quel(s) ?	
Expliciter votre choix	
Aux professionnels ?	
Le(s)quel(s) ?	
Expliciter votre choix	
A l'équipe ?	
Le(s)quel(s) ?	
Expliciter votre choix	
A l'environnement de travail ?	
Le(s)quel(s) ?	
Expliciter votre choix	
A l'organisation et au management ?	
Le(s)quel(s) ?	

Expliciter votre choix	
------------------------	--

Au contexte institutionnel ?	
Le(s)quel(s) ?	
Expliciter votre choix	

Barrières de sécurité

Avez-vous identifié des barrières de sécurité qui :	
Ont fonctionné ?	
Si oui, précisez	
N'ont pas fonctionné ?	
Si oui, précisez	
Comment qualifieriez-vous le caractère évitable de cet événement ?	

Barrière de sécurité : Tout moyen humain, technique ou organisationnel qui permet d'éviter la survenue d'un événement indésirable associé aux soins, de le récupérer quand ils survient, ou d'atténuer la gravité de ses conséquences.

Mesures prises et envisagées (plan d'action)

Des actions ont-elles été mises en œuvre ou vont-elle être mises en œuvre ?	
Si oui, précisez lesquelles et leurs échéances	
Un suivi des actions est-il prévu ?	
Précisez comment	
Des mesures d'accompagnement du patient et/ou de ses proches ont-elles été mises en place ?	
Commentez votre réponse	

Réalisation de l'analyse

L'analyse a-t-elle été réalisée collectivement ?	
Si oui, précisez avec qui ?	
Avec quelle méthode/organisation a été réalisé l'analyse approfondie de l'EIGS ?	
Si autre, précisez	

Avez-vous bénéficié de l'appui d'une expertise ?	
Si oui, laquelle ?	
Si autre, précisez	

Annexe 2 : Grille de la méthode ALARM (HAS)

Fiche 23. Analyse d'un événement indésirable par méthode ALARM

La grille ALARM (thèmes, exemples et questions à poser)

1. Facteurs liés au patient	
<i>Dans toutes les situations cliniques, l'état de santé du patient aura l'influence la plus directe sur la pratique et les résultats. D'autres facteurs comme la personnalité, le langage et toutes incapacités peuvent aussi être importants car ils peuvent influencer la communication avec l'équipe et augmenter la probabilité d'occurrence d'un événement. Ceci est renforcé auprès des populations présentant une vulnérabilité et des risques particuliers : les personnes âgées ; les patients porteurs de maladies chroniques ; les enfants et adolescents ; les personnes atteintes d'un handicap ; les personnes démunies ; les personnes détenues.</i>	
1.1. Antécédents	
Exemples	Antécédents médicaux ; Habitus
Question	<ul style="list-style-type: none">● les antécédents médicaux du patient ont-ils influencé le cours de l'événement ?
1.2. État de santé (pathologies, co-morbidités)	
Exemples	Complexité, gravité. Personnes vulnérables (personnes âgées, enfants, personnes handicapées...)
Questions	<ul style="list-style-type: none">● est-ce que l'âge du patient, la gravité de son état ou la complexité de son cas ont pu contribuer à la survenue de cet événement ?● quel était le pronostic vital ou fonctionnel du patient au moment de l'acte ?
1.3. Traitements	
Exemples	Risques connus associés aux traitements. Modalités particulières d'hospitalisation (détenus, hospitalisation sans consentement...)
Question	<ul style="list-style-type: none">● le patient présentait-il un risque connu ayant influencé l'événement (ex : un traitement particulier) ?
1.4. Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux	
Exemples	Problèmes de compréhension, d'expression orale, barrière de la langue. Qualité de l'entourage, position familiale particulière, métier particulier. Personnes démunies, personnes détenues
Questions	<ul style="list-style-type: none">● le patient avait-il des problèmes d'expression ? une communication difficile ?● la langue parlée et comprise par le patient était-elle une difficulté lors de la prise en charge ?● des facteurs sociaux ont-ils participé à la survenue de l'événement ?● est-ce que le patient/son entourage était utile et coopératif ?
1.5. Relations conflictuelles	
Exemples	Mauvaise qualité de la relation du patient envers les soignants et les soins. Influence négative liée à une hospitalisation antérieure, à l'histoire de la personne ou sa représentation du monde hospitalier. Comportements (agressivité, irrespect, méfiance, opposition, absence d'écoute ou indifférence aux soins)
Questions	<ul style="list-style-type: none">● quelle était la relation du patient avec les soignants et les soins ?● quelle était l'implication du patient dans la prise en charge thérapeutique (indifférent, opposant, etc.) ?

2. Facteurs liés aux tâches à accomplir	
<i>La définition ainsi que la planification adéquate sont des facteurs de sécurité des tâches à accomplir. Les protocoles et les procédures permettent de définir les tâches et les processus ainsi que les compétences nécessaires pour leur réalisation.</i>	
2.1. Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)	
Exemples	Absence, indisponibilité, inadaptation de protocoles auprès du personnel. Mauvaise qualité de l'information dans les protocoles. Méconnaissance, oubli de l'existence de protocoles, refus d'utilisation (Il peut s'agir de protocoles diagnostics, thérapeutiques, de soins, organisationnels...)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> ● existe-t-il des protocoles en rapport avec les actes ou le processus en cause dans l'événement ? ● si les protocoles existent, sont-ils connus, disponibles et utilisés ? Les protocoles sont-ils toujours d'actualité ?
2.2. Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents)	
Exemples	Difficulté de réalisation ou non réalisation d'un examen (indisponibilité des secteurs médico-techniques...). Difficulté d'accès ou indisponibilité des résultats d'examens. Délais de transmission des résultats inadaptés à l'état clinique du patient. Doutes sur la fiabilité ou la pertinence des résultats (transmission orale, incomplète ou de mauvaise qualité, défaut d'identification du patient). Désaccords ou doutes sur l'interprétation des résultats d'examens (défaut d'avis spécialisé...)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> ● les examens complémentaires ont-ils été réalisés et les résultats disponibles en temps utile ? ● existe-il un accord (consensus) concernant l'interprétation des résultats d'examens ?
2.3. Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)	
Exemples	Absence ou insuffisance d'utilisation de moyens techniques lors de la prise de décision : équipement spécifique, algorithme décisionnel, logiciel, recommandations, « reminders »...
Questions	<ul style="list-style-type: none"> ● les moyens nécessaires à une prise de décision existent-ils ? ● sont-ils disponibles ? ● ont-ils été utilisés ?
2.4. Définition des tâches	
Exemples	Définition des tâches imprécise (quel personnel, quelle compétence, quel acte, quel délai et pour quel résultat) ou absence de définition.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> ● les tâches concernées étaient-elles bien définies ? ● la définition des tâches prend-t-elle en compte les compétences des différentes professions ? ● la définition des tâches est-elle connue, partagée, respectée dans l'équipe ? ● existe-t-il une incompréhension de la part du personnel sur les tâches à effectuer ?
2.5. Programmation, planification	
Exemples	Défaut de programmation opératoire (absence, modification...). Planification des soins ou des tâches non adaptée.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> ● les tâches concernées étaient-elles planifiées ? ● l'intervention était-elle programmée ? ● le programme a-t-il été respecté, modifié ? ● la personne appropriée a-t-elle été consultée quand cela était nécessaire pour le déroulement des soins ?
3. Facteur lié à l'individu (le ou les professionnels impliqués)	
<i>Les facteurs individuels comprennent la connaissance, la qualification, et l'expérience de chaque membre de l'équipe et vont affecter leur pratique clinique.</i>	
3.1. Qualifications, compétences	
Exemples	Inadéquation des qualifications et des compétences (savoir-faire) ou des connaissances (savoir). Manque d'entraînement à des situations particulières (urgences vitales, gestes particuliers...). Manque de motivation.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> ● pensez-vous que vous aviez suffisamment de connaissances et d'expérience pour prendre en charge ce problème, cette complication ? ● aviez-vous déjà réalisé ce geste, cette procédure ?
3.2. Facteurs de stress physique ou psychologique	
Exemples	Mauvaise disposition physique et mentale (ex : effets de la charge de travail, de la maladie, etc. sur l'état psychologique et physique des individus).
Questions	<ul style="list-style-type: none"> ● vous sentiez-vous fatigué, affamé ou malade ? ● étiez-vous stressé ?

4. Facteurs liés à l'équipe

Chaque professionnel est membre d'une unité, d'une équipe, et plus largement de l'hôpital. La façon dont un professionnel travaille et son impact sur le patient est contrainte et influencée par les autres membres de l'équipe et par la façon dont ils communiquent entre eux, s'assistent, s'organisent et se contrôlent. La relation thérapeutique qui s'établit entre une équipe et un patient est un facteur influençant la qualité des soins.

4.1. Communication entre professionnels

Exemples Défaut de communication dans l'équipe ou en dehors du service, du département ; entre juniors et seniors au sein de l'équipe ; entre différentes professions ; entre professionnel du même niveau. Difficultés d'expression des désaccords ou des préoccupations. Conflit ou mauvaise ambiance au sein de l'équipe. Déficience des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes.

Questions

- la communication entre vous-même et les autres membres de l'équipe est-elle effective ?
- la communication est-elle précise, complète et non ambiguë ?
- utilise-t-elle un vocabulaire standard (commun) et pas de jargon ?
- est-il possible d'exprimer des désaccords ou des préoccupations au sein de l'équipe ?
- existe-t-il un temps ou un espace pour cela ?
- la collaboration et l'ambiance sont-elles satisfaisantes ?
- comment qualifieriez-vous la qualité relationnelle dans l'équipe de travail (ambiance, existence de conflits...) ?
- est-ce que la communication entre votre service (département ou pôle) et les autres services (départements ou pôles) est effective ?

4.2. Communication vers le patient et son entourage

Exemples Insuffisance d'échange d'informations entre les professionnels et le patient ou son entourage. Défaut de qualité de la relation avec le patient ou son entourage.

Questions

- l'équipe a-t-elle eu (passé) suffisamment de temps avec le patient pour lui expliquer les procédures et les conséquences possibles ou complications ?
- y a-t-il eu des difficultés linguistiques, culturelles ou des incompréhensions entre l'équipe et le patient et son entourage ?
- quelles-sont les habitudes du service en termes d'information du patient et de son entourage ?

4.3. Informations écrites (dossier patient, etc.)

Exemples Absence, indisponibilité, incomplétude ou qualité insuffisante des informations écrites (dossier patient, comptes-rendus, fiches...). Divergences dans les écrits. Illisibilité et manque de signature des documents.

Questions

- les dossiers des patients (supports d'informations) sont-ils accessibles, lisibles, identifiés, et complets ?
- les dossiers des patients (supports d'informations) mettent-ils suffisamment en évidence les facteurs de risques ?
- quel est le niveau de partage des informations écrites dans l'équipe (nombre de supports, confidentialité...) ?

4.4. Transmissions et alertes

Exemples Défaut de transmissions orales ou écrites. Manque d'informations cruciales.

Questions

- comment sont rapportées et partagées les informations cruciales pour la prise en charge du patient entre professionnels ?
- les informations sur l'évaluation des patients sont-elles partagées et utilisées par les membres de l'équipe de soins en temps utile.

4.5. Répartition des tâches

Exemples Incohérence ou déséquilibre de la répartition des tâches dans l'équipe. Glissement de tâches. Soins ne relevant pas du champ d'expertise du service.

Questions

- comment s'organise le travail entre les membres de l'équipe ?
- l'équipe est-elle d'accord sur la répartition des tâches ?
- a-t-il été défini qui prend en charge le patient ou réalise un acte particulier ?

4.6. Encadrement, supervision

Exemples Défaut d'encadrement. Défaut de coordination dans le service. Définition non claire des responsabilités dans l'équipe. Défaut de supervision ou de réponse à une demande de soutien. Supervision inadaptée des médecins et des autres personnels. Indisponibilité ou manque de réactivité des seniors (ou référents). Difficulté dans la recherche d'information auprès d'un autre professionnel (avis spécialisés...).

Questions	<ul style="list-style-type: none"> • avez-vous eu un encadrement (supervision) ou un soutien suffisant ? • un conseil ou l'aide d'un autre membre de l'équipe étaient-ils disponibles tout le temps ? • la communication entre le management/supervision et l'équipe de soins est-elle adéquate ? • les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont-elles disponibles dans le secteur d'activité ?
------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.7. Demandes de soutien ou comportements face aux incidents

Exemples	Manque de soutien par les pairs après un incident. Manque de soutien entre différentes professions (ex : cadre soignant et jeune médecin). Faible propension des juniors à solliciter de l'aide. Défaut d'adaptation à une situation imprévue.
-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Questions	<ul style="list-style-type: none"> • quels soutiens sont disponibles en cas de problèmes ? • avez-vous eu un soutien suffisant ? • existe-t-il un soutien effectif dans l'équipe ?
------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. Facteurs liés à l'environnement de travail

L'environnement de travail au sein d'une unité ou d'un département, qu'il soit physique (locaux, matériels, fournitures...) ou organisationnel (disponibilité de ressources humaines qualifiées, organisation du travail, horaires...), conditionne la qualité et la sécurité des soins dispensés par une équipe.

5.1. Administration

Exemples	Lourdeur du fonctionnement administratif du secteur de soins. Difficultés de révision des processus administratifs.
-----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Question	• est-ce que les règlements et les procédures administratifs sont communiqués de façon adéquate ?
-----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

5.2. Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc.)

Exemples	Défauts des bâtiments et de l'environnement (conception, fonctionnalité, espace, température, lumière, ...). Défaut de maintenance des locaux. Hygiène insuffisante des locaux ou défaillance du nettoyage.
-----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Questions	<ul style="list-style-type: none"> • votre pratique a-t-elle été affectée par l'environnement de travail (chaleur, bruit...) ? • les locaux sont-ils adaptés au type de prise en charge ?
------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5.3. Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites

Exemples	Indisponibilité, lenteur ou qualité du brancardage et des transferts. Non respect des règles d'hygiène et de sécurité lors des transports. Non respect de la dignité, de la confidentialité et du confort du patient.
-----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Questions	<ul style="list-style-type: none"> • les modalités de déplacement du patient ont-elles participé à la survenue de l'événement ? • des circuits et des modes de transport spécifiques ont-ils été définis pour les différents types de prise en charge (hospitalisation complète programmée, chirurgie ambulatoire, urgences immédiates, urgences différées) ?
------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5.4. Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux)

Exemples	Dysfonctionnements des équipements et approvisionnements. Fourniture ou équipement non disponible, inadapté ou défectueux (ex : matériel d'urgence...). Fourniture ou équipement mal utilisés (défaut de formation des personnels, défaut de notices explicatives...). Défaut de maintenance des équipements. Absence d'équipement de secours, de solution dégradée ou de dépannage d'urgence permettant de répondre à une panne d'un équipement biomédical critique. Fonctionnalité insuffisante des équipements (ex : ergonomie, conception, sécurité, normalisation). Défaut de stérilisation.
-----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Questions	<ul style="list-style-type: none"> • avez-vous disposé des fournitures ou des matériels médicaux nécessaires ? • les équipements que vous avez utilisés ont-ils fonctionné de façon adéquate et efficacement ? • y avait-il une information suffisante et fiable concernant tous les équipements ? • comment a été assurée la formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel ? • l'établissement dispose-t-il d'un programme de maintenance ? • comment est assuré le dépannage d'urgence des équipements en panne, notamment concernant les dispositifs biomédicaux critiques (équipement de secours, solution dégradée ou dépannage d'urgence) ? • cette procédure est-elle connue des professionnels ?
------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5.5. Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)

Exemples	Défaut de communication des systèmes d'information entre eux. Inaccessibilité d'informations numérisées ou doutes sur la qualité de l'information. Mauvaise gestion des accès informatiques. Défaut de maintenance (délais excessifs de dépannage...). Bugs informatiques.
-----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Questions	<ul style="list-style-type: none"> ● le système d'information est-il adapté aux orientations stratégiques de l'établissement, du service ? ● le système d'information facilite-t-il l'accès en temps utile à des informations valides ? ● le système d'information aide-t-il les professionnels dans leur processus de décision ? ● existe-t-il des difficultés de fonctionnement du système d'information ? ● existe-t-il plusieurs systèmes d'information ? ● le système d'information du bloc opératoire est-il intégré au système d'information hospitalier ?
------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5.6. Effectifs (adaptés en nombre ou en compétences)

Exemples	Mauvaise combinaison des compétences ou des effectifs. Mauvaise adaptation au poste de travail. Absence de dispositions pour assurer la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents. Indisponibilité d'un personnel apte à exécuter correctement et dans les temps une tâche spécifique. Mauvaise gestion des gardes et astreintes.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> ● la composition de l'équipe était-elle appropriée ? ● des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et astreintes sont-ils définis afin d'assurer la permanence des soins 24h/24 ? ● si oui, ces informations sont-elles connues des professionnels ?

5.7. Charge de travail, temps de travail

Exemples	Irrégularité des coupures ou des temps de repos. Charge de travail inadaptée ou trop importante (cumul de gardes, volume des soins, nombre de patients...). Participation à des activités ou des tâches obligatoires sans lien avec le poste occupé (travail administratif...).
Questions	<ul style="list-style-type: none"> ● avez-vous eu une augmentation de la charge de travail non prévue ou soudaine ? ● avez-vous dû faire face à (ou hiérarchiser) plus d'un cas en même temps ? ● deviez-vous passer du temps à des activités non cliniques ?

5.8. Retards, délais

Exemples	Précipitation dans la réalisation d'actes. Influence néfaste de délais imposés (inclusion dans un programme opératoire...). Mauvaise appréciation de la notion d'urgence (urgences immédiates, urgences différées...).
Question	● y a-t-il eu des retards dans la mise en œuvre des procédures de soins ?

6. Facteurs liés à l'organisation et au management

L'équipe est influencée par les actions de management et les décisions prises à un niveau supérieur dans l'organisation. Ceci inclut les politiques de remplacement, d'utilisation de personnel intérimaire, de formation continue, d'intégration et d'évaluation, les politiques de gestion des équipements, mais également la politique sur la qualité et la gestion des risques.

6.1. Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)

Exemples	Structure hiérarchique de l'organisation imprécise (méconnaissance de l'organigramme). Degré d'autonomie du personnel insuffisant. Niveaux décisionnels trop importants, inefficaces. Changements récents d'organisation interne.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> ● comment la structure hiérarchique ou des niveaux décisionnels trop nombreux ont-ils influencé négativement le cours de l'événement ? ● les circuits de décision et de délégation sont-ils définis, diffusés et connus des professionnels ?

6.2. Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant

Exemples	Gestion du personnel inadéquate. Description des postes insuffisante. Insuffisance de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Les besoins en compétences et effectifs des secteurs d'activité ne sont pas identifiés. Absence d'intégration des nouveaux arrivants.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> ● les compétences nécessaires à une fonction ou à un service sont-elles identifiées ? ● existe-t-il une organisation afin d'intégrer tout nouvel arrivant dans l'établissement (information sur l'établissement et le secteur d'activité, lui permettant l'exercice de sa fonction) ? ● pensez-vous que votre période d'adaptation à l'hôpital/spécialité/service vous a préparé à cette situation ? Avez-vous du collaborer avec un nouveau médecin ou personnel de soins (intérim) avec qui vous n'aviez jamais travaillé ?

6.3. Politique de formation continue

Exemples	Formation ou entraînement insuffisant du personnel. Politique de formation continue insuffisante (analyse des besoins et offre de formation insuffisantes, pas de plan de formation...).
Questions	<ul style="list-style-type: none"> ● existe-t-il un plan de formation continue établi en accord avec les besoins des services ? ● les actes ou procédures de soins nécessitant une formation ou un entraînement sont-ils identifiés ?

6.4. Gestion de la sous-traitance	
Exemple	Insuffisance de la prestation sous-traitée.
Question	<ul style="list-style-type: none"> • comment la fonction sous-traitée est-elle intégrée dans le fonctionnement du service et de l'équipe ?

6.5. Politique d'achat	
Exemples	Influence de la politique d'achat sur la disponibilité ou la qualité des produits (livret thérapeutique, listes limitatives de commande...). Rupture de stock ou d'approvisionnement.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • existe-t-il une politique d'achat ou d'approvisionnement prenant en compte les besoins des services, des utilisateurs et des patients ? • comment sont assurés les approvisionnements en situation normale, en urgence, les jours fériés, les week-ends ?

6.6. Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement	
Exemples	Gestion documentaire, procédures de révision et de mise à jour des protocoles, rédaction et suivi de l'utilisation des protocoles. Hygiène et sécurité au travail insuffisantes. Culture de sécurité insuffisante. Sécurité et gestion des risques non perçues comme des objectifs importants. Absence de stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches de sécurité des soins.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • comment qualifieriez-vous la culture sécurité de l'établissement ? • existe-t-il une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins diffusée dans l'établissement et connue des professionnels ? • l'établissement évalue-t-il et hiérarchise-t-il les risques dans les secteurs d'activité ? • existe-t-il des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mis en œuvre dans le secteur d'activité ? • existe-t-il une gestion documentaire dans l'établissement ? • si oui, la gestion documentaire définit-elle les modalités de rédaction, de diffusion et de révision des documents ? • les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont-elles identifiées ? • existe-t-il un document unique établi sur les conditions de travail des personnels ? • si oui, un plan d'amélioration des conditions de travail est-il défini ?

6.7. Ressources financières	
Exemples	Influence néfaste de la politique ou de problèmes financiers sur le fonctionnement de l'établissement.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • existe-t-il des facteurs financiers ayant influencé cet événement ? • l'établissement décline-t-il en interne des objectifs prévisionnels de dépenses et s'il y a lieu de recettes ?

7. Facteurs liés au contexte institutionnel

L'organisation elle-même est influencée par le contexte institutionnel, la réglementation et le contexte économique et politique du secteur.

7.1. Politique de santé publique nationale	
Exemples	Influence de la politique de santé sur le fonctionnement de l'établissement. Contraintes réglementaires.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • l'établissement fait-il l'objet actuellement de mesures de la part d'un organe de l'État ? • existe-t-il des contraintes réglementaires en vigueur pour cet établissement ayant influencé le déroulement de l'événement (CPOM, etc.) ?

7.2. Politique de santé publique régionale	
Exemples	Ressources sanitaires insuffisantes ou défectueuses (CPOM...). Faiblesse des échanges ou des relations avec les autres établissements (réseaux, coopérations...).
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • l'établissement a-t-il mis en place des partenariats en cohérence avec les pathologies qu'il prend en charge ? • l'établissement est-il organisé en relation avec d'autres établissements pour le type de prise en charge concerné par l'événement ? • dans l'affirmative, le personnel connaît-il les modalités de cette organisation ?

7.3. Systèmes de signalement	
Exemples	Absence de culture de signalement des situations dangereuses (vigilances...). Absence d'apprentissage par le retour d'expérience des événements indésirables.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • l'événement s'est-il déjà produit dans l'établissement ? • le personnel déclare-t-il les événements qu'il rencontre ? • comment est organisé l'établissement pour recueillir et analyser les événements indésirables ?

SHANMUGALINGAM	Nivetha	Septembre 2022
Master 2 AMOS-Paris Promotion 2021-2022		
La prise en charge SAMU/SMUR et Urgence en Île-de-France Analyse des réclamations usagers et des déclarations d'événements indésirables graves associés aux soins des professionnels		
Résumé : En première ligne les services d'urgence et les SAMU/SMUR sont une des portes d'entrée des établissements sanitaires. Depuis plusieurs années des difficultés liées aux manques d'effectifs et de moyens sont soulevées. En mai 2022, 120 services d'urgence ont été forcés de limiter leur activité, cette situation représente la tension de ces services. Ce mémoire se concentre sur l'analyse des réclamations des usagers et des déclarations des événements indésirables graves associés aux soins des professionnels, sur la filière urgence de l'Île-de-France. Ainsi, il vise à répondre aux questions suivantes : Quelles correspondances peut-on faire entre les réclamations usagers et les déclarations EIGS des professionnels sur la filière urgence en Ile-de-France ? Quelles sont les spécificités des EIGS de la filière urgence par rapport aux EIGS généraux ? Les résultats permettent de trouver des correspondances et proposer des préconisations pour l'amélioration de la qualité des soins.		
Mots clés : Réclamation – Événement indésirable – Qualité – Urgence – SAMU – SMUR		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		