BU bibliothèque Lyon 1

http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Université Claude Bernard Lyon 1

UFR de MEDECINE LYON-EST

ANNÉE 2017 - N°267

Mise en place de CREX et de RMM en soins primaires
Analyse préliminaire des comptes-rendus de l'étude PRisM

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 05 octobre 2017

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par Grégoire BRAULT
Né le 23 avril 1988 à Orléans (45)

Devant le jury composé de :

Président de jury : Pr C. COLIN

Membres assesseurs : Pr P. MICHEL

Pr V. PIRIOU

Directeur de thèse : Dr M. CHANELIERE

Membre invité : Mme K. POYAU

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Université Claude Bernard Lyon 1

ANNÉE 2017 - N°267

Mise en place de CREX et de RMM en soins primaires
Analyse préliminaire des comptes-rendus de l'étude PRisM

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 05 octobre 2017

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par Grégoire BRAULT
Né le 23 avril 1988 à Orléans (45)

Devant le jury composé de :

Président de jury : Pr C. COLIN

Membres assesseurs : Pr P. MICHEL

Pr V. PIRIOU

Directeur de thèse : Dr M. CHANELIERE

Membre invité : Mme K. POYAU

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND
Secteur Santé	
UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud-Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
Secteur Sciences et Technologie	
UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Faculté de Médecine Lyon Est
Liste des enseignants 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honnorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde Classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Crouzet	Sébastien	Urologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérome	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaunat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Mauguière	François	Neurologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers
Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers
Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers
Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophtalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
DUBREUIL Christian	O.R.L.
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CERUSE Philippe	O.R.L
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LINA Gérard	Bactériologie
LONG Anne	Médecine vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
MAGAUD Jean-Pierre	Hémato ;transfusion
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
RUFFION Alain	Urologie
SANLAVILLE Damien	Génétique
SAURIN Jean-Christophe	Hépato gastroentérologie
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique
TEBIB Jacques	Rhumatologie
THOBOIS Stéphane	Neurologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

ALLAOUCHICHE	Anésthésie-Réanimation Urgence
BARREY Cédric	Neurochirurgie
BOHE Julien	Réanimation urgence
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
BREVET-QUINZIN Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
COTTE Eddy	Chirurgie générale
DALLE Stéphane	Dermatologie
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire,

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

FRANCO Patricia	Physiologie
GHESQUIERES Hervé	Hématologie
GILLET Pierre-Germain	Biologie Cell.
HAUMONT Thierry	Chirurgie Infantile
KASSAI KOUPAI Berhouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. santé
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique.,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PAPAREL Philippe	Urologie
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
POULET Emmanuel	Psychiatrie Adultes
REIX Philippe	Pédiatrie
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
TAZAROURTE Karim	Thérapeutique
THAI-VAN Hung	Physiologie
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologie pathologiques
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
WALLON Martine	Parasitologie mycologie
WALTER Thomas	Gastroentérologie - Hépatologie

PROFESSEURS ASSOCIES NON TITULAIRE

FILBET Marilène	Thérapeutique
SOUQUET Pierre-Jean	Pneumologie

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

DUBOIS Jean-Pierre

ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE – NON TITULAIRE

DUPRAZ Christian

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
CHARRIE Anne	Biophysique et Médecine nucléaire
DELAUNAY-HOUZARD Claire	Biophysique et Médecine nucléaire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BELOT Alexandre	Pédiatrie
BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
COURAUD Sébastien	Pneumologie
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

DESESTRET Virginie	Cytologie – Histologie
DIJOUD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERROT Xavier	Physiologie
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie moléculaire
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
VUILLEROT Carole	Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DEMILY Caroline	Psy-Adultes
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie
HALFON DOMENECH Carine	Pédiatrie
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie
MEWTON Nathan	Cardiologie
NOSBAUM Audrey	Immunologie
PUTOUX DETRE Audrey	Génétique
RAMIERE Christophe	Bactério-viro
SUBTIL Fabien	Biostats
SUJOBERT Pierre	Hématologie
VALOUR Florent	Mal infect.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc

PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANNAT Guy	Physiologie
BERLAND Michel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
CARRET Jean-Paul	Anatomie - Chirurgie orthopédique
DALERY Jean	Psychiatrie Adultes
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
LLORCA Guy	Thérapeutique
MOYEN Bernard	Chirurgie Orthopédique
PACHECO Yves	Pneumologie
PERRIN Paul	Urologie
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Remerciements

Au président du jury :

Monsieur le Professeur Cyrille COLIN

Pour avoir accepté de présider le jury de cette thèse. Vos connaissances, votre expérience et votre disponibilité ont été un atout dans l'élaboration de ce travail. Je vous en remercie et vous assure de mon profond respect.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Philippe MICHEL

Pour l'attention que vous portez à l'égard de ce travail en acceptant de le juger à la lumière de vos connaissances. Veuillez agréer l'expression de ma plus profonde gratitude.

Monsieur le Professeur Vincent PIRIOU

Pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse et pour l'intérêt porté à ce travail. Soyez assuré de mon entière reconnaissance.

Monsieur le Docteur Marc CHANELIERE, mon directeur de thèse

Pour ta patience, ta disponibilité, tes conseils avisés, ta pédagogie. Je te remercie d'avoir participé activement à ce travail et de m'avoir guidé dans son élaboration. Reçois ici toute ma considération et mon affection.

Madame Karine POYAU

Pour votre participation à ce jury. Merci pour l'aide précieuse que vous m'avez apporté en tant que coordinatrice de l'étude PRisM, sans quoi ce travail n'aurait pu voir le jour. Je vous en suis pleinement reconnaissant.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Je dédie cette thèse…

A Nasthasia, mon cœur, avec qui je partage mes joies, parfois mes peines. Merci de m'avoir encouragé et soutenu pendant ces mois de travail. Merci pour ces merveilleux moments que nous vivons ensemble. Nous avons encore tant à construire, et tellement d'amour pour le réussir…

A mes parents, qui m'ont toujours accompagné dans chaque étape de ma vie. Je mesure la chance inouïe de vous avoir. Merci d'être là. Je vous aime.

A mon frère Thomas, pour sa bienveillance en tant qu'aîné. Tu as toujours été présent quand j'en ai eu besoin et je sais que tu le resteras.

A ma sœur Julie, pour ton affection, ta douceur, ta fragilité, et tous ces beaux souvenirs d'enfance passés à tes côtés.

A mes merveilleuses nièces, Clara, Lucie, Pauline, et mon adorable neveu Maxence. Les cousinades à venir promettent déjà de faire des étincelles.

A mon grand-père, le pilier de la famille, qui s'en est allé au début de mon internat et qui a toujours donné sans compter à ses trois petits-enfants. Merci pour tout ce que tu as fait pour nous.

A ma grand-mère, pour son inestimable tendresse, son sourire unique et sa purée maison. Les instants, devenus trop rares, que nous partageons, je ne les oublie pas.

A ma future belle-mère, pour sa gentillesse, son accueil chaleureux, sa simplicité.

A tous mes amis, que j'ai eu la chance de rencontrer.

A Pierre, pour ces 23 années (à peu près) d'amitié unique et sincère, de conneries en tout genre et de délires dont on pourrait parler des heures durant sans parvenir à en faire le tour. Merci pour cette complicité précieuse.

A Clément, mon ami depuis la 4ème D. On ne s'est jamais lâché, on a grandi ensemble (enfin toi un peu plus tard ;), et encore aujourd'hui on suit le même parcours. Merci pour ces années de bonheur, les soirées limougeaudes, les vacances non reposantes, les sessions skis… L'amitié qui nous lie n'est pas prête de s'arrêter.

A Cyril, pour ces instants épiques que tu m'as fait et fera encore vivre, j'en ai trop en tête pour en citer mais c'est toujours un bonheur de se les remémorer. Ton humour, ton franc-parler et ta sincérité me rendent fier de notre amitié.

A Charles, mon coloc', néo-papa, avec qui j'ai passé mes 3 dernières années de carabin à Limoges. Merci pour cette amitié complice et ta présence dans les moments de fête comme dans les moments de doute où tu sais être à l'écoute.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Aux Orléanais, pour tous ces moments mémorables passés ensemble : Ben, Mathias, Hugo, Guigui, Loïc.

A Lisa et Tiphaine, qui ont beaucoup bougé depuis l'exode limougeaud mais que je retrouve à chaque fois avec la plus grande joie. Merci pour tous ces souvenirs inoubliables.

A Christophe, archi' en or, pour tes propositions de « bon plan » en toute circonstance. Merci pour ton écoute, ton sens de l'humour, ta joie de vivre.

A Marie Sou, limougeaude pure souche, pour ta bonne humeur et bien sûr ton « Kuduro »maîtrisé à la perfection.

A Marine, pour tes fous rires. Je me souviendrai toujours de notre 1er semestre en Neuro à Romans, hors catégorie !

Aux Romanais : Marie, Mathilde Stéphane (avec qui on a posé nos valises en Drôme), Thibaut, Marine, Elsa-Line (inoubliable expérience en gérontopsy aux Charpennes…), Nathan, Guillaume notre Présiflan, Charles, Myriam, Olivier, Léa, Héloïse, Seb, Alice, Lucie. Merci pour ce semestre mémorable.

Aux berrichons, Max et Zinc, souvent présents dans les « grandes occasions ».

Aux anciens limougeauds, Batou, Pierre-Jean, Antoine, Emilie et beaucoup d'autres…

A tous mes co-internes que j'ai côtoyés pendant mes stages.

Aux Polynésiens et leur accueil chaleureux dans un coin de paradis…

A mes anciens maîtres de stage, Raymond Bouit, Simone Farjas, Nicolas Langin qui m'ont initié à la vie de médecin généraliste en Ardèche, ces moments me marqueront à vie aussi bien sur le plan professionnel que personnel. Puis Bénédicte Guibert, Christian Rousset, Jean-François Merle, qui m'ont appris beaucoup et conforté mon attrait pour la médecine générale. Merci à eux.

A tout le personnel hospitalier rencontré lors de mon externat et mon internat qui a contribué à mon interminable formation médicale.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS **23**

INTRODUCTION **24**
1) Contexte **24**
2) Etude PRisM **26**
3) Objectifs **27**

MATERIEL ET METHODES **29**
1) Recueil des données issues de PRisM **29**
A) Déroulement de l'étude PRisM 29
B) Cycle de 6 réunions (5 CREX puis 1 RMM) 30
2) Classement des données **32**
A) Choix de l'EIAS étudié en CREX/RMM 32
B) Description de l'analyse des EIAS 33
C) Actions correctives proposées 34
D) Suivi des actions correctives au cours du cycle 36
E) Description des participants aux CREX et RMM 37
G) Données temporelles 38

RESULTATS **39**
1) Participation des centres **39**
2) Choix des EIAS **41**
A) Nature des EIAS 41
B) Pertinence du choix de l'EIAS 42
3) Analyse des EIAS **43**
A) Facteurs favorisants identifiés 43
B) Qualité de l'analyse 45
4) Actions correctives proposées **45**
A) Nature des actions 45
B) Qualité des actions proposées 47
5) Suivi des actions correctives **48**
A) Nombre d'actions suivies et réalisées 48
B) Qualité du suivi des actions correctives 48
6) Description des professionnels participants aux CREX et RMM **50**
A) Nombre de participants 50
B) Professions des participants 50
C) Analyse des rôles de pilotes 51
7) Support utilisé pour la synthèse des CREX et RMM **52**
8) Données temporelles **53**

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

DISCUSSION **54**
1) Discussion sur la méthodologie **54**
A) Recueil des données 54
B) Classement des données brutes 57
C) Evaluation qualitative des données 58
2) Principaux résultats **59**
A) Respect des cycles CREX/RMM 59
B) Respect du déroulement des CREX/RMM 59
C) Choix des EIAS 60
D) Analyse des EIAS 61
E) Mise en place des mesures correctives 62
3) Ouvertures, perspectives **63**

CONCLUSIONS **66**
RAPPORT DU PRESIDENT DE THESE **69**

BIBLIOGRAPHIE **70**

ANNEXES **74**
Annexe 1 : Support Analyse **75**
Annexe 2 : Support Compte-rendu de CREX **79**
Annexe 3 : Fiche résumé des comptes-rendus par structure **84**
Annexe 4 : Classification de Makeham ou TAPS Taxonomy **90**
Annexe 5 : Classification et codage des facteurs favorisants selon CADYA **91**
Annexe 6 : Classification et codage des actions correctives **93**
Annexe 7 : Liste des 69 EIAS classés selon la classification de Makeham **94**
Annexe 8 : Tableau synthétique des données issues des comptes-rendus **98**

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CADYA : Catégories de Dysfonctionnement en Ambulatoire

CPOM : Contrats pluriannuels d'Objectifs et de Moyens

CREX : Comité de Retour d'Expérience

DPC : Développement Professionnel Continu

EIAS : Evènements Indésirables Associés aux Soins

ESPRIT : Etude nationale en Soins PRImaires sur les évènemenTs indésirables

ETP : Equivalent Temps Plein

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNSP : Programme National pour la Sécurité des Patients

PRisM : Pluriprofessionalité et gestion des Risques par un programme Multifacette en soins primaires

RMM : Revue de Morbi Mortalité

SREI : Système de recueil des Evènements Indésirables

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

INTRODUCTION

1) Contexte

La sécurité des patients est un domaine d'intérêt émergent qui met l'accent sur l'identification des risques en santé notamment la détection, l'analyse, la déclaration et la prévention des événements indésirables associés aux soins de santé (EIAS). Les EIAS sont définis comme « *un événement ou une circonstance associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau* » (OMS 2007) **(1)**. La publication de l'ouvrage de Kohn *et al* (2000) sur la sécurité du patient en milieu hospitalier a amorcé le développement d'une politique de gestion des risques dans les Hôpitaux puis progressivement en soins primaires **(2)**.

Nous assistons aujourd'hui au développement de nouvelles organisations pluri professionnelles en soins primaires comme des réseaux de santé, centres de santé, pôles de santé et maisons de santé pluridisciplinaires. Ces structures ont la possibilité de signer des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les Agences Régionales de Santé, témoignant d'un engagement d'évaluation et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins **(3)**.

Les risques auxquels peuvent être exposés les patients en soins primaires peuvent différer de ceux rencontrés en milieu hospitalier **(4)**. En effet, les structures qui dispensent des soins primaires ont des particularités organisationnelles et un mode de fonctionnement hétérogène : types de structure variés (cabinets médicaux de groupes ou individuels qui peuvent être mono ou pluri professionnels ; centres ou maisons de santé pluridisciplinaires ; regroupements en pôles pluridisciplinaires ou en réseaux de soins), zones géographiques et systèmes d'information de santé différents.

D'après les données internationales obtenues par la mise en place de systèmes de recueil d'EIAS en soins primaires, la fréquence des EIAS pouvait varier de 2 à 240 pour 1000 consultations selon les études **(5 ; 6)**: cette variation importante s'expliquant par la diversité des définitions d'un EIAS ainsi que par des méthodes de recueil et d'identification différentes (prospectif versus rétrospectif par exemple).

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Pour 74% des EIAS, les conséquences étaient un retard de prise en charge, des traitements et des coûts supplémentaires pour les patients, et parmi les EIAS ayant un score de risque de dommages élevé, 72% des causes identifiées étaient d'origine humaine ou organisationnelle **(7)**.

En France, 2,6 % des séjours hospitaliers ont été causés par un EIAS grave évitable dont les ¾ ont été identifiés en médecine de ville **(8)**.

Bien que les systèmes de recueil d'EIAS en santé soient des outils permettant d'améliorer la sécurité des patients grâce aux enseignements tirés des défaillances du système de santé (notion de système apprenant ou de *learning system*) **(9)**, le taux de signalement libre des EIAS par les professionnels de santé en soins primaires est faible, même si la pluri professionnalité permet de l'améliorer **(10)**.

Une des seules études concernant un recueil d'EIAS auprès de médecins généralistes en France est l'étude ESPRIT (Enquête en Soins PRImaires sur les événements indésirables). Lancée en 2013, elle avait pour objectif d'estimer la fréquence des EIAS en médecine générale, d'en décrire la typologie et d'identifier les EIAS évitables. Les résultats de cette première estimation française sont proches de ceux d'autres pays (la fréquence des EIAS était de 26 pour 1 000 actes) **(11 ; 12)**.

Un autre travail national est représenté par l'étude ECOGEN (Eléments de la Consultation en Médecine Générale) **(13)** ; toutefois l'étude de la iatrogénie ne constituait qu'un objectif ancillaire **(14)**.

Dans ce contexte, le Programme National pour la Sécurité du Patient 2013-2017 prévoit des objectifs de recherche peu explorés en soins primaires notamment la mise en œuvre de programmes de gestion des risques comprenant des méthodes d'analyse collective d'EIAS comme les revues de morbi-mortalité (RMM) ou les comités de retour d'expérience (CREX) favorisants l'acquisition d'une culture de sécurité dans les équipes pluri professionnelles **(15)**.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

2) Etude PRisM (Pluriprofessionalité et gestion des Risques par un programme Multifacette en soins primaires)

Dans l'étude PRisM, la mise en place d'un système de recueil d'EIAS associé à un programme de gestion des risques multifacette s'appuyant sur la coopération inter professionnelle dans les centres, pôles et maisons de santé pluridisciplinaires devrait permettre d'améliorer la détection des EIAS et la mise en œuvre d'actions visant à réduire les dommages dus aux soins et de développer la culture de sécurité dans ces organisations pluri professionnelles en soins primaires.

Les EIAS pouvaient concerner dans le projet PRisM :

- le patient dans le parcours de soins (accès aux soins, organisation et coordination des soins),

- la communication (avec le patient, entre professionnels de la structure, entre la structure et d'autres unités de soin),

- le dossier du patient (administratif ou clinique),

- le diagnostic,

- l'exécution d'un geste technique,

- la prescription et son exécution (délivrance de médicaments, examens complémentaires),

- le suivi du patient dans le cadre des maladies chroniques (calendrier de suivi, éducation thérapeutique),

- la prévention (vaccination, dépistage),

- l'infrastructure (matériel, logistique, ressources financières, personnel, système d'information),

- les conditions de travail (esprit d'équipe, charge de travail, déontologie, respect, transférabilité des tâches, composition d'équipe, procédure et protocoles de soins disponibles, rapports avec la direction, les responsables de la structure, les propriétaires des murs)

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

L'objectif de l'étude PRisM était d'évaluer de manière comparative l'efficacité d'un système de recueil d'EIAS associé à un programme de gestion des risques versus un système de recueil d'EIAS seul pour améliorer la détection d'EIAS dans les centres, pôles et maisons de santé pluridisciplinaires en soins primaires.

Ce programme de gestion est qualifié de « multifacette » dans la mesure où il inclut différents outils d'aide à la détection et la gestion des risques. Il comprend notamment une formation de type « e-learning » sur le déroulement de comités de retour d'expérience (CREX) et de revues de morbi mortalité (RMM).

Le CREX est une méthode standardisée de gestion des risques à partir d'une analyse collective d'EIAS signalés par les professionnels au sein de la structure. Cette méthode cible l'organisation des soins.

La RMM est une démarche d'analyse collective d'EIAS qui ont entrainé (ou qui auraient pu entrainer) un dommage pour un patient. Cette méthode cible les pratiques professionnelles.

Les centres qui ont accès au programme (groupe intervention), mettent ainsi en place un cycle de 5 CREX d'une durée de 1 heure et de 1 RMM d'une durée de 2 h avec une périodicité souple et adaptée aux contraintes des structures.

3) Objectifs

La réalisation de CREX et de RMM nécessite une méthodologie rigoureuse et une formation initiale, proposée dans l'étude PRisM par le programme de gestion des risques.

L'hypothèse de recherche est que les centres ont rencontré des difficultés dans la mise en place et la réalisation des cycles de CREX et RMM malgré l'accompagnement proposé par l'étude PRisM.

L'objectif principal est de décrire le déroulement et le contenu des CREX et RMM réalisés au sein des structures de soins, grâce aux informations contenues dans les comptes-rendus de

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

réunion (nature des EIAS abordés, leurs facteurs favorisants, les actions correctives mises en place et leur suivi) puis de juger de la qualité du travail fourni.

L'objectif secondaire est de proposer en conséquence des modifications dans les outils fournis par le programme de gestion des risques, afin d'améliorer la mise en place et l'efficacité des CREX et RMM.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

MATERIEL ET METHODES

L'étude réalisée est une étude descriptive des comptes-rendus de CREX et RMM réalisés par les structures du groupe intervention de l'étude PRisM.

1) Recueil des données issues de PRisM

A) Déroulement de l'étude PRisM

Le plan de l'étude PRisM est un essai contrôlé, multicentrique, prospectif, randomisé en 2 groupes parallèles, avec unité de randomisation en cluster où le cluster est défini par une structure pluridisciplinaire de soins primaires (centre, pôle ou maison de santé).

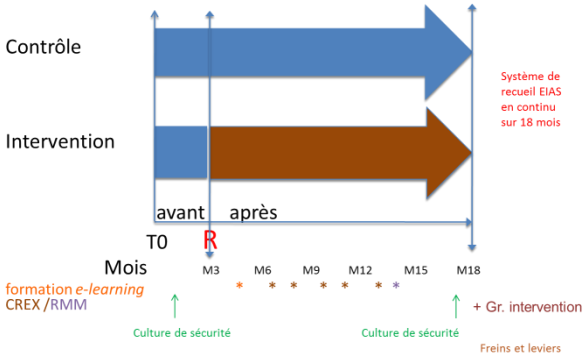


Figure 1 : Schéma du design de l'étude Prism

Initialement 50 centres ou structures de soins primaires volontaires pour participer ont été inclus : ils devaient être de taille idéalement suffisante (au moins 10 ETP de professionnels), soit 25 dans chaque groupe, et accédaient à la première phase de l'étude durant 3 mois, où seul le système de recueil d'EIAS sur un site internet dédié était mis en place.

A la suite de la première, la randomisation stratifiée des clusters en 2 groupes a été effectuée : 36 centres, soit 18 dans chaque groupe , ont poursuivi l'étude vers la deuxième phase de 15 mois.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le groupe contrôle poursuivait le système de recueil d'EIAS seul, et le groupe expérimental poursuivait le système de recueil d'EIAS en associant en plus le programme de gestion des risques.

Ce programme comprenait :

- une formation *e-learning* des professionnels avec 5 modules interactifs ;
- la nomination et la formation d'un référent gestion des risques au sein de chaque structure pour coordonner le programme, organiser et animer les réunions ;
- la mise en place d'un cycle de 5 CREX d'une durée de 1 heure et de 1 RMM d'une durée de 2h avec une périodicité souple et adaptée aux contraintes des structures
- un accompagnement méthodologique permanent des structures à l'aide d'un forum internet interactif et d'une permanence téléphonique.

Nous nous intéresserons particulièrement dans ce travail à la partie « mise en place d'un cycle de 5 CREX et 1 RMM ».

B) Cycle de 6 réunions (5 CREX puis 1 RMM)

Six réunions devaient être organisées par le référent gestion des risques de manière périodique dans chaque structure du groupe expérimental. Le cycle débutait après la formation *e-learning*, commençait par cinq CREX et se terminait par une RMM.

- Déroulement d'un CREX :

  Pour chaque CREX, deux professionnels de la structure devaient être désignés en tant que « pilote »:

  1) « le *pilote analyse* » devait étudier l'EIAS en amont de la réunion en remplissant le formulaire « support analyse » fourni par le programme de gestion des risques **(Annexe 1)**.
  Ce formulaire permettait de restituer la chronologie de l'EIAS, signaler les conséquences éventuelles et analyser les facteurs favorisants selon la grille CADYA (Catégories de Dysfonctionnement en Ambulatoire) qui est une méthode de

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

classification récente adaptée aux EIAS en ambulatoire et déjà utilisée en 2014 pour l'analyse du corpus d'EIAS de l'étude ESPRIT **(16 ; 17 ; 18)**.

2) *« le pilote action corrective »* devait mettre en place au sein de la structure les actions correctives et leur plan de suivi décidés pendant les réunions

Les différentes étapes d'un CREX se présentaient ainsi : restitution de l'analyse de l'EIAS ; choix des actions correctives et des modalités de mise en œuvre ; plan de suivi des actions correctives ; communication sur le suivi des actions correctives mises en place lors des précédents CREX ; diffusion des informations au sein de la structure ; sélection de l'EIAS à investiguer lors du prochain CREX.

- Déroulement d'une RMM :
  La RMM devait être organisée à la fin des 5 CREX, et aborder de 1 à 3 EIAS qui avait ou aurait pû entrainer un dommage pour un patient.
  Le support d'analyse était libre, il n'y avait pas de pilotes désignés contrairement aux CREX, mais le déroulement de la réunion était sensiblement similaire. Tous les professionnels étaient encouragés à enrichir la démarche réflexive (analyse systémique des causes, responsabilité collective, actions d'améliorations, connaissances sur la thématique..).

A l'issue de chaque CREX et RMM, le référent gestion des risques était chargé de collecter les comptes-rendus finaux constitués du « support analyse » et du support « Etude PRisM : compte rendu » **(Annexe 2)** et d'y annexer la liste des personnes présentes à la réunion.

C'est le contenu de ces documents, transmis ultérieurement aux responsables et coordinateurs de l'étude PRisM, qui a été utilisé comme matériel pour notre étude descriptive.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

2) Classement des données

Les documents de synthèse des réunions CREX - RMM devait être transmis par chaque centre, par courriel sous format dactylographié (PDF, Word) ou sous format manuscrit scanné.

Pour résumer les données, nous avons élaboré, pour chaque centre, une fiche synthétique résumant les informations contenues dans les comptes rendus de CREX et de RMM **(Annexe 3)**.

A) Choix de l'EIAS étudié en CREX/RMM

Pour chaque réunion, un ou plusieurs EIAS étaient sélectionnés par les professionnels de la structure parmi la liste des EIAS déclarés sur le Système de Recueil des Evènements Indésirables (SREI) comme expliqué dans le protocole de l'étude PRisM.

La notion de présence de l'EIAS dans la base de donnée du SREI a été recherchée, sachant que nous avions accès à la totalité des EIAS déclarés par les professionnels des différents centres participant à l'étude PRisM.

Nous avons décidé de classer chaque type d'EIAS selon la taxonomie de Makeham ou TAPS Taxonomy **(Annexe 4).**

Cette classification, traduite à plusieurs reprises de l'anglais au français dans sa version finale, utilise une distinction primaire entre erreurs inhérentes au processus de soins (type 1) et erreurs inhérentes à la connaissance/compétence des acteurs (type 2). Il existe ensuite un second niveau d'analyse qui distingue pour le type 1 cinq sous - classes (fonctionnement du cabinet, examens complémentaires, médicaments, traitements non médicamenteux et communication) et pour le type 2 les erreurs de diagnostic et les erreurs de prise en charge du patient **(17 ; 19)**.

Puis, la pertinence du choix de chaque EIAS a été évaluée par une échelle à 3 degrés (0, 1 ou 2), définie en lien avec l'équipe de coordination de l'étude PRisM, selon la classification ci-dessous :

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Cotation	CREX	RMM
0	EIAS anecdotique ou inadapté à une structure de soins	
1	Intermédiaire EIAS fréquent mais difficile à apprécier, sans conséquence évidente. Type d'EI déjà traité plusieurs fois dans les réunions précédentes	Intermédiaire EIAS dont les conséquences sont difficiles à apprécier
2	EIAS fréquent dont les conséquences n'entrainent pas la mise en jeu du pronostic vital ou une altération corporelle/fonctionnelle	EIAS entrainant potentiellement ou de façon avérée une mise en jeu du pronostic vital ou altération corporelle/fonctionnelle

Tableau 1 : Pertinence du choix de l'EIAS étudié

B) Description de l'analyse des EIAS

Les données concernées par cette partie correspondent aux informations fournies dans le « support analyse » qui devait être rempli par le pilote analyse.

Pour chaque EIAS, les facteurs favorisants identifiés ont été dénombrés et classés individuellement selon la classification CADYA. Un code chiffré (ex : 1.2.01) était attribué à chaque facteur favorisant selon la grille fournie en **Annexe 5**, pour faciliter ultérieurement le classement des résultats.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

La qualité globale de l'analyse de l'EIAS a été appréciée par une échelle à 3 degrés (0, 1 ou 2), également définie en lien avec l'équipe de coordination de l'étude PRisM, selon la classification ci-dessous :

Cotation	
0	Non pertinente : Absence de facteur favorisant identifié
1	Partiellement pertinente : Présence de facteurs favorisants en nombre réduit ou sans catégorisation selon grille CADYA
2	Pertinente : Facteurs favorisants bien identifiés avec catégorisation selon grille CADYA

Tableau 2 : Qualité de l'analyse de l'EIAS

La chronologie en trois temps pour la restitution de l'EIAS, indiquée sur le support analyse, a également été vérifiée.

C) Actions correctives proposées

Les données correspondantes étaient issues de la première partie du compte rendu de CREX (cf **Annexe 2**) et des comptes rendus de RMM.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Pour chaque EIAS, nous avons effectué la démarche suivante :

- Comptabiliser le nombre d'actions correctives proposées et validées par les professionnels de la structure participant à la réunion.
- Puis identifier la nature de chaque action selon la classification décrite en **Annexe 6** . Un code chiffré (ex : 3.1.2) était alors associé à chaque action corrective, pour faciliter le classement des résultats.
- Enfin, apprécier la qualité globale de chacune des actions correctives proposées par une échelle à 3 degrés (0, 1 ou 2), également définie en lien avec l'équipe de coordination de l'étude PRisM, selon la classification ci-dessous :

0	Non pertinente : Proposition sans cohérence avec l'EI analysé, ou sans aucune explication sur la mise en place (pas de responsable, ni calendrier de suivi, ni de modalités de diffusion)
1	Partiellement pertinente : Proposition cohérente mais avec un manque de précision sur la mise en place (certaines modalités manquantes, ex: responsable, échéances de suivi, moyen de diffusion)
2	Pertinente : Proposition cohérente avec explication complète sur tous les moyens mis en place (un responsable, un calendrier de suivi, des modalités de diffusion)

Tableau 3 : Qualité d'une action corrective proposée

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

D) Suivi des actions correctives au cours du cycle

Cette partie ne concernait que les comptes-rendus des CREX 2, 3, 4 et 5, sachant qu'il n'y avait pas d'action à suivre lors du 1er CREX et lors de la RMM, selon le protocole de l'étude PRisM.

Nous avons indiqué pour chaque centre :

- le nombre d'actions suivies lors de ces CREX (n°2 à n°5)
- Le nombre d'actions signalées comme « réalisées » (tout en sachant que nous n'aurions pas de retour sur le suivi des actions proposées lors du dernier CREX n°5)
- la qualité du suivi de chaque action corrective, évaluée à la fin du cycle de CREX, qui était appréciée par une échelle à 3 degrés (0, 1 ou 2) selon la classification ci-dessous :

0	Aucun retour dans le temps de l'action (dans aucun des CREX suivants)
1	Action abordée dans au moins un des CREX suivants, sans explication précise de l'état d'avancement ou du bilan de l'action
2	Action suivie durant toute la durée du cycle de CREX, avec explication sur l'état d'avancement et bilan de l'action

Tableau 4 : Qualité du suivi d'une action corrective

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

E) Description des participants aux CREX et RMM

Le nombre de participants, l'identité des pilotes ainsi que leurs professions étaient renseignés grâce à la feuille d'émargement et la 3eme partie du compte-rendu de CREX (cf **Annexe 2**).

Nous reviendrons lors des résultats sur la répartition des professions lors des réunions ainsi que sur la distribution des rôles de pilote (« analyse » et « actions correctives »).

F) Données sur le support de synthèse utilisé

Nous avons divisé le support de synthèse de CREX en 10 sections pour apprécier son taux de complétude :

Sept sections pour le « support analyse »(cf **Annexe 1**) :

- Informations avant la survenue de l'EIAS sur la structure et/ou le patient
- Informations sur l'EIAS (description synthétique et date)
- Conséquences de l'EIAS pour le patient et/ou la structure
- Chronologie de l'EIAS selon les trois temps (avant, pendant, après)
- Description des facteurs favorisants
- Proposition d'actions correctives (avant validation en réunion)
- Mesures de signalement et information du patient le cas échéant

Et trois sections pour le compte-rendu de CREX :

- Actions correctives décidées en CREX
- Suivi des actions correctives
- Choix du prochain EIAS à analyser et désignation des pilotes

Une section était considérée comme « complétée » si toutes les lignes y figurant étaient remplies ou s'il existait une cohérence des informations avec le contexte de l'EIAS. Par exemple, l'absence d'information sur le patient si l'EIAS concerne simplement la structure, ou « suivi des actions correctives » logiquement non rempli lors du 1er CREX, n'engendraient pas de sections incomplètes.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le respect du modèle de support, fourni sur la plateforme internet d'e-learning, a également été évalué, même s'il était permis pour les RMM de fournir un autre support que le modèle proposé.

Enfin, le format de transmission des documents utilisés pour réaliser la synthèse des CREX et RMM, a été intégré dans notre étude en faisant la distinction entre le support analyse et le support compte rendu de CREX/RMM. Soit ces documents étaient transmis par courriel au format dactylographié, soit ils étaient manuscrits et secondairement scannés pour permettre leur envoi par courriel.

G) Données temporelles

La durée des CREX et des RMM (en minute), ainsi que le délai entre chaque réunion (en jour) ont été intégrés dans les données à analyser.

Pour rappel, dans le protocole de l'étude PRisM, la durée conseillée d'un CREX était approximativement de 1 heure, et celle d'une RMM de 2 heures.

Important : Les données relatives au codage ont été visées par un membre de l'équipe de coordination de l'étude PRisM afin de valider les codages expliqués précédemment pour chaque classification.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

RESULTATS

Une fois les données de chaque centre recueillies sur les fiches synthétiques (cf **Annexe 3**) puis regroupées, nous les avons centralisées grâce au logiciel Excel sous forme d'un tableau synthétique global exposant l'ensemble des résultats de l'étude descriptive **(Annexe 8)**.

1) Participation des centres

Finalement, douze centres nous ont transmis des comptes-rendus de réunion. Huit d'entre eux ont effectué un cycle complet (5 CREX et 1 RMM), et parmi les quatre autres centres, trois n'ont pas fait de RMM.

La participation des centres est détaillée sur la charte de flux, page suivante (**Figure 2**).

Au total, 69 EIAS ont été abordés au cours des cycles de réunion, répartis sur 49 CREX et 9 RMM, avec une moyenne de 1,0 EIAS traité par CREX et de 2,2 EIAS traités par RMM.

Pour tous les CREX, un seul EIAS était analysé à chaque fois.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

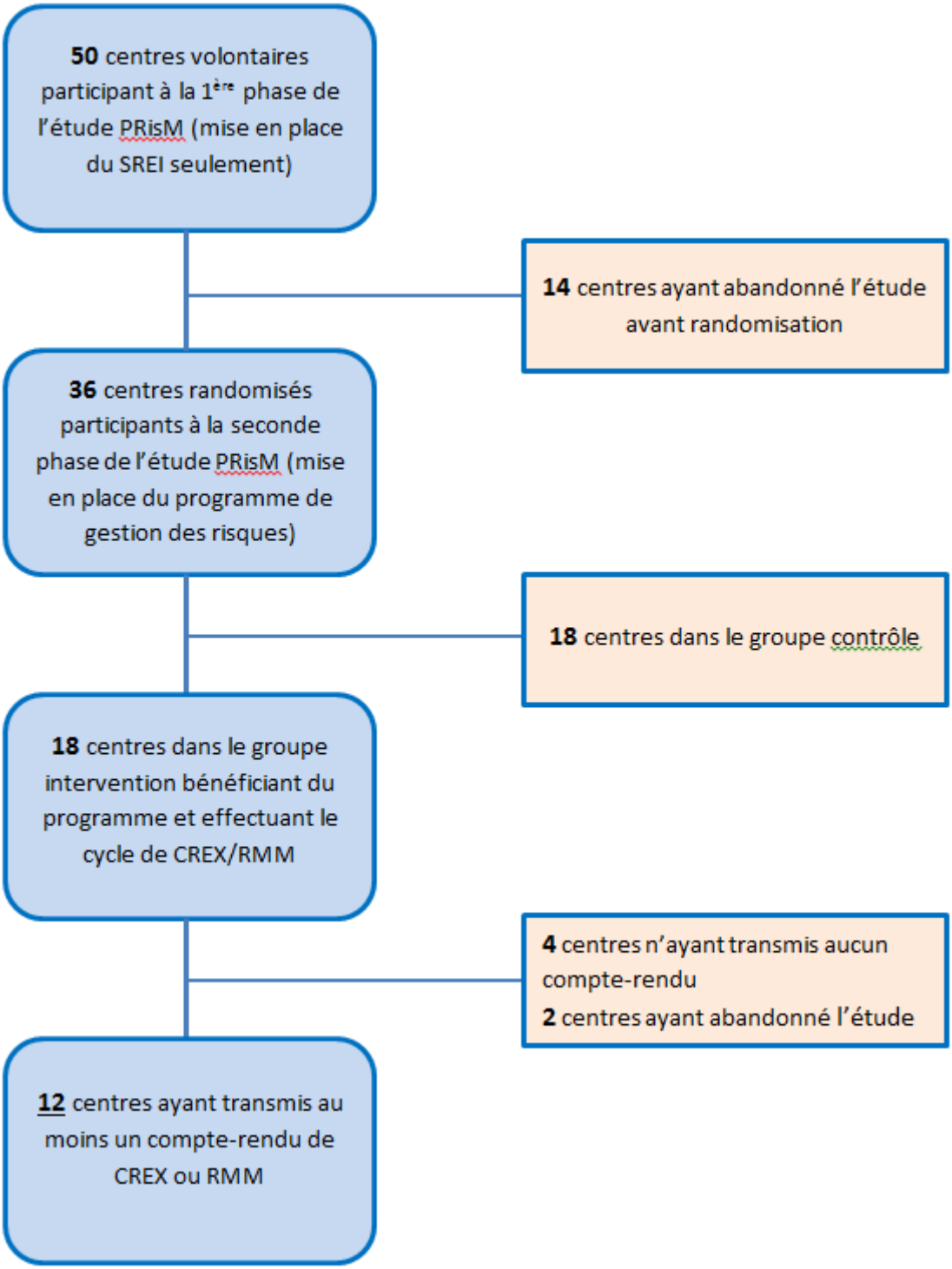


Figure 2 : « Flow chart » détaillant la participation des centres au cycle de CREX et RMM

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

2) Choix des EIAS

Sur les 69 EIAS étudiés, seulement 5 (7,2%) n'étaient pas présents dans le SREI.

A) Nature des EIAS

Les 69 EIAS abordés sont résumés, listés et classés selon la TAPS Taxonomy dans l'**Annexe 7.**

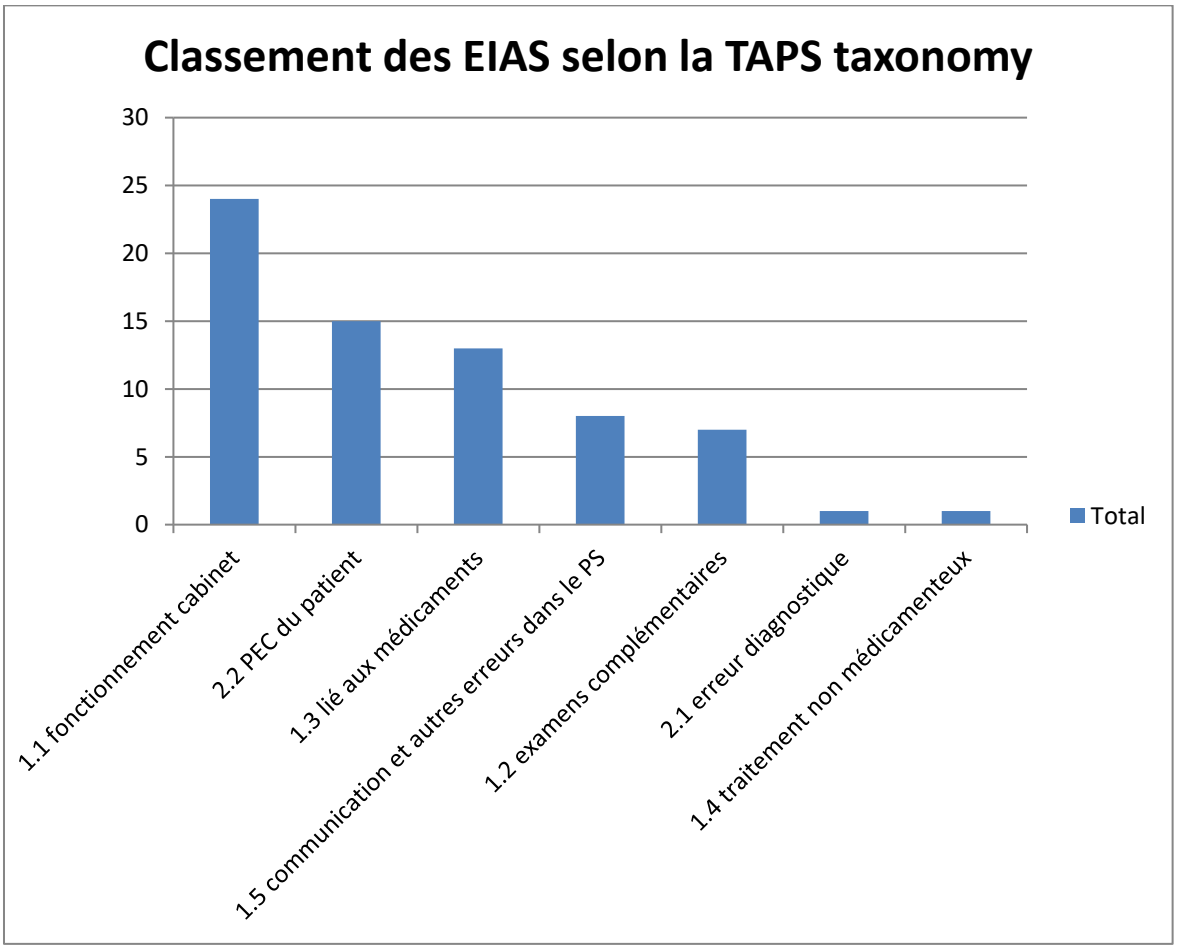


Figure 2 : classement des EIAS selon le 2ème niveau de la classification de Makeham

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le type d'EIAS le plus fréquent était en rapport avec les **processus de soins**, plus particulièrement le **fonctionnement du cabinet médical**.

Cette donnée était d'autant plus vraie pour les EIAS abordés en CREX puisque 86% de ces derniers concernent une erreur liée aux processus de soins (1.1 à 1.5 dans la classification de Makeham).

Les EIAS traités en RMM sont répartis différemment, 45% d'entre eux sont en rapport avec les connaissances ou les compétences des professionnels de santé (2.1 à 2.2 selon la classification de Makeham), notamment la **prise en charge médicamenteuse** du patient : 8 EIAS concernés sur les 20 EIAS abordés en RMM.

B) Pertinence du choix de l'EIAS

Pertinence du choix de l'EIAS selon cotation	Nombre d'EIAS
0	10
1	21
2	38
Total	**69**

Tableau 5 : Répartition des pertinences de choix d'EIAS selon la cotation Tableau 1

La majorité des choix d'EIAS traités en CREX et RMM étaient pertinents et donc cotés 2 selon l'échelle expliquée précédemment. Le score était particulièrement élevé (« 2 ») pour les choix d'EIAS de RMM, dans 16 cas sur 20.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

3) Analyse des EIAS

A) Facteurs favorisants identifiés

Au total, 178 facteurs favorisants ont été identifiés au cours de l'étude, soit en moyenne 2,7 par EIAS lors des CREX et 2,25 par EIAS lors des RMM.

Le **défaut de communication dans la coordination des soins** (4.3.01) est le facteur favorisant qui a été le plus souvent identifié, à la fois pour les CREX et les RMM.

Le classement des facteurs favorisants selon la grille CADYA est présenté dans le tableau suivant :

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Type de facteurs favorisants	Facteurs favorisants totaux	
	Effectifs	%
1. Facteur environnemental	**49**	**27,5%**
1.1.00 Contexte social du patient	***7***	***3,9%***
1.2 Contexte d'action	***29***	***16,3%***
1.2.01 Acte non programmé - urgence	7	3,9%
1.2.02 Lieu de prise en charge	8	4,5%
1.2.03 Gestion charge de travail	14	7,7%
1.3.00 perturbateur contextuel	***3***	***1,7%***
1.4 Système de santé	***10***	***5,6%***
1.4.01 Offre de soins	5	2,8%
1.4.02 Aspect administratif ou financier	5	2,8%
2. Facteurs humains	**50**	**28,1%**
2.1 Liés au soignant	***19***	***10,7%***
2.1.01 Défaut d'attention	2	1,1%
2.1.03 Négligence (absence, retard, oubli, précipitation)	10	5,6%
2.1.05 Stress (anxiété, peur)	1	0,6%
2.1.07 Confusion (Trouble du langage, de la compréhension, handicap)	1	0,6%
2.1.09 Défaut d'autorité (manque de courage, sympathie)	1	0,6%
2.1.12 Défaut d'empathie (antipathie, mésentente, méfiance, manque de confraternité)	2	1,1%
2.1.14 Fatigue	2	1,1%
2.2 Liés au patient	***23***	***12,9%***
2.2.02 Manque d'implication	6	3,4%
2.2.03 Négligence (absence, retard, oubli, précipitation)	5	2,8%
2.2.04 Agressivité (colère, énervement, violence)	1	0,6%
2.2.06 Trouble de la personnalité (addiction, mensonge)	2	1,1%
2.2.07 Confusion (Trouble du langage, de la compréhension, handicap)	5	2,8%
2.2.08 Impatience (vindicatif, sans gêne)	3	1,7%
2.2.11 Gêne (Honte, timidité)	1	0,6%
2.3 Liés aux autres soignants impliqués	***7***	***3,9%***
2.3.01 Défaut d'attention	3	1,7%
2.3.05 Stress (anxiété, peur)	1	0,6%
2.3.12 Défaut d'empathie (antipathie, mésentente, méfiance, manque de confraternité)	2	1,1%
2.3.15 Autre	1	0,6%
2.4 Liés aux autres tiers	***1***	***0,6%***
2.4.02 Manque d'implication	1	0,6%
3. Facteurs techniques	**23**	**12,9%**
3.1 Facteur matériel	***9***	***5,1%***
3.1.01 Panne, défectuosité, indisponibilité	5	2,8%
3.1.02 Défaut d'utilisation	4	2,2%
3.2 Système d'information	***14***	***7,9%***
3.2.01 Donnée erronée ou manquante	10	5,6%
3.2.02 Défaillance du système de communication	4	2,2%
4. Processus de soins	**56**	**31,5%**
4.1 Dimension cognitive	***7***	***3,9%***
4.1.01 Défaut de formation	7	3,9%
4.1.02 Défaut de restitution	0	0,0%
4.1.03 Défaut de synthèse	0	0,0%
4.2 Procédure de soins	***16***	***9%***
4.2.01 Procédure non réalisée ou inadaptée	7	3,9%
4.2.02 Défaut de protocole	9	5,1%
4.3 Coordination des soins	***33***	***18,5%***
4.3.01 Défaut de communication	27	15,2%
4.3.02 Suivi absent ou inadapté	5	2,8%
4.3.03 Absence de rétroaction	1	0,6%

Tableau 6: Distribution des 178 facteurs favorisants identifiés selon la grille CADYA

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

B) Qualité de l'analyse

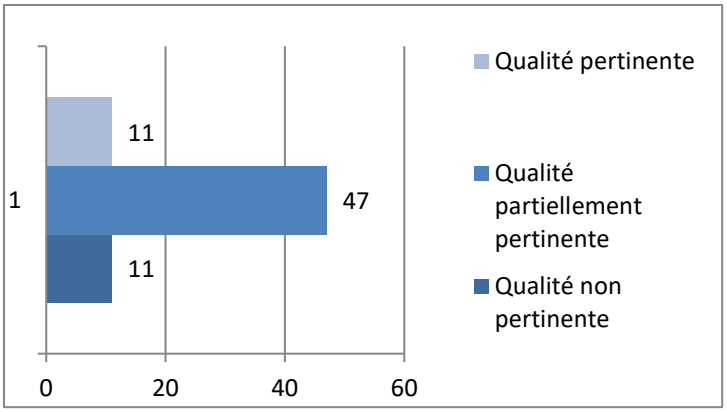


Figure 3 : Répartition des qualités d'analyse des EIAS selon la cotation Tableau 2

Plus de 68% des analyses d'EIAS étaient de qualité intermédiaire.

Sur les 20 EIAS de RMM, deux (10%) ont présenté une qualité d'analyse pertinente et quatre (20%) une qualité non pertinente.

Concernant l'analyse des EIAS de CREX, il était demandé au pilote analyse d'exposer le cas par une chronologie en trois temps. Cette règle a été suivie dans 81,6% des CREX.

4) Actions correctives proposées

A) Nature des actions

Sur l'ensemble des CREX et RMM, 170 actions correctives furent proposées, soit en moyenne 2,6 actions par CREX et 2,1 actions par EIAS de RMM.

Le classement des types d'actions correctives est présenté dans le tableau suivant :

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Type d'action corrective	Actions correctives totales	
	Effectifs	%
1. En lien avec la formation et la pratique de soins	**47**	**27,6%**
1.1.0 Evaluation des compétences ou expression d'un besoin de formation	***12***	***7,1%***
1.2 Réalisation ou mise en place de formations (tout domaine)	***10***	***5,9%***
1.2.1 Pour les personnels soignants	8	4,7%
1.2.2 Pour les personnels non-soignants	2	1,2%
1.3.0 Changement ou modification dans la pratique (au sens large)	***25***	***14,7%***
2. En lien avec les aspects techniques et matériels de la structure	**34**	**20,0%**
2.1.0 Changement, mise à niveau ou restauration des locaux (gros aménagement)	***1***	***0,6%***
2.2 Changement, mise à niveau ou restauration des autres éléments techniques	***33***	***19,4%***
2.2.1 En lien avec un appareil médical	3	1,8%
2.2.2 En lien avec les systèmes d'information (matériel/logiciel)	24	14,1%
2.2.3 En lien avec d'autres éléments (mobilier)	6	3,5%
3. Actions en lien avec l'organisation de la structure	**82**	**48,2%**
3.1 Relatives au personnel soignant	***26***	***15,3%***
3.1.1 Modification de l'agenda / du planning de travail	5	2,9%
3.1.2 Arrivée ou départ d'un soignant	1	0,6%
3.1.3 Transfert et coordination vers un autre soignant	20	11,8%
3.2 Relatives au personnel non-soignant	***3***	***1,8%***
3.2.1 Modification de l'agenda / du planning de travail	2	1,2%
3.2.2 Arrivée ou départ d'un personnel non soignant	0	0,0%
3.2.3 Transfert vers un autre personnel non soignant	1	0,6%
3.3 Relatives à la gestion des patients	***11***	***6,5%***
3.3.1 Modification dans la gestion de la prise de rendez-vous	8	4,7%
3.3.2 Intervention ou médiation d'autres acteurs sociaux	3	1,8%
3.4 Actions en lien avec la gestion de l'information (tout support)	***42***	***24,7%***
3.4.1 Au sein de la structure (diffusion, archivage)	21	12,4%
3.4.2 Interface avec l'extérieur / autres structures (diffusion, réception)	21	12,4%
4.0.0 Actions en lien avec la gestion des facteurs humains	**7**	**4,1%**
5.0.0 Autres (à préciser)	**0**	**0,0%**

Tableau 7 : Distribution des 170 actions correctives décidées en CREX/RMM

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Lors des CREX, le type d'action corrective ayant été le plus fréquemment proposée concernait l'organisation de la structure et plus précisément l'interface avec l'extérieur et les autres structures pour la gestion de l'information (codé 3.4.1).

Lors des RMM, cela concernait une action en lien avec la formation et la pratique de soins et plus particulièrement une modification dans la pratique au sens large (codé 1.3.0).

De manière synthétique, CREX et RMM confondus, nous avons pu identifier 5 types d'actions correctives qui se sont démarquées par leur fréquence puisque cumulées, elles correspondent à plus de 65 % des types d'actions, 3 concernent la gestion de l'information, 1 le recours à des soignants et 1 la pratique des soins :

- Action en lien avec **la gestion de l'information avec l'extérieur** et les autres structures (3.4.2)

- Modification en lien avec le **système d'information**, matériel ou logiciel (2.2.2)

- Action en lien avec la **gestion de l'information au sein de la structure** (3.4.1)

- **Changement ou modification dans la pratique**, au sens large (1.3.0)

- Transfert et **coordination vers un autre soignant** (3.1.3)

B) Qualité des actions proposées

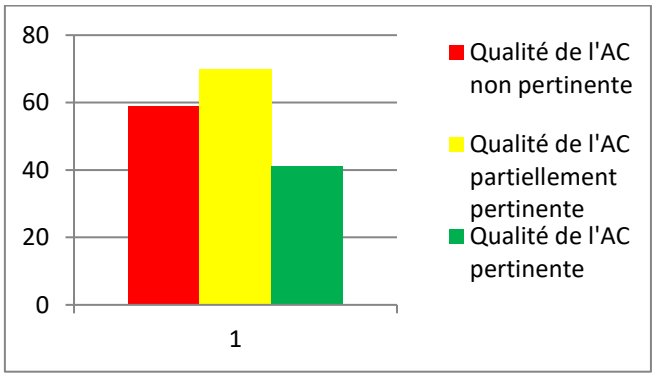


Figure 4 : répartition des qualités des actions correctives proposées selon la cotation tableau 3

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Vingt-quatre pour cent (24%) des actions correctives étaient de qualité pertinente selon la cotation expliquée précédemment.

Nous n'avons pas remarqué de différence de qualité selon les types d'actions initialement proposées. Par exemple, les actions proposées de qualité non pertinente concernaient aussi bien la formation et la pratique de soins que les aspects techniques ou l'organisation de la structure.

5) Suivi des actions correctives

A) Nombre d'actions suivies et réalisées

Les résultats ont été obtenus selon les données recueillies dans la 2ème partie des comptes rendus intitulée « Suivi des actions correctives » (cf Annexe 2), qui ne concernait que les CREX n°2 à n°5, soit 38 CREX.

Au total, 125 actions ont été suivies, ce qui correspondait en moyenne à 3,3 actions suivies par CREX. Sur les 38 CREX concernés, 15 (39,5%) n'avaient pas présenté de suivi d'action.

Parmi les 170 actions correctives proposées dans l'étude, 51 (30%) étaient signalées comme « réalisées », en sachant que nous ne pouvions avoir d'information sur le suivi des actions proposées lors des CREX n°5.

B) Qualité du suivi des actions correctives

La répartition des qualités de suivi, selon la cotation Tableau 4, est la suivante :

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Qualité du suivi de l'action	Nombre d'actions (CREX n° 1 à 4)
0	40
1	27
2	39
Total	**106**

Tableau 8 : Répartition des qualités de suivi (selon cotation Tableau 4)

Le suivi des actions correctives relatives au 5ème CREX ne peut être renseigné avec les comptes-rendus disponibles ce qui explique la différence entre le nombre d'actions concernées par un suivi (CREX n°1 à n°4, n=106) et le nombre total d'actions (n=170).

Si l'on analyse la qualité du suivi par rapport à la qualité initiale de l'action corrective proposée (cf cotation Tableau 3), nous obtenons des différences importantes :

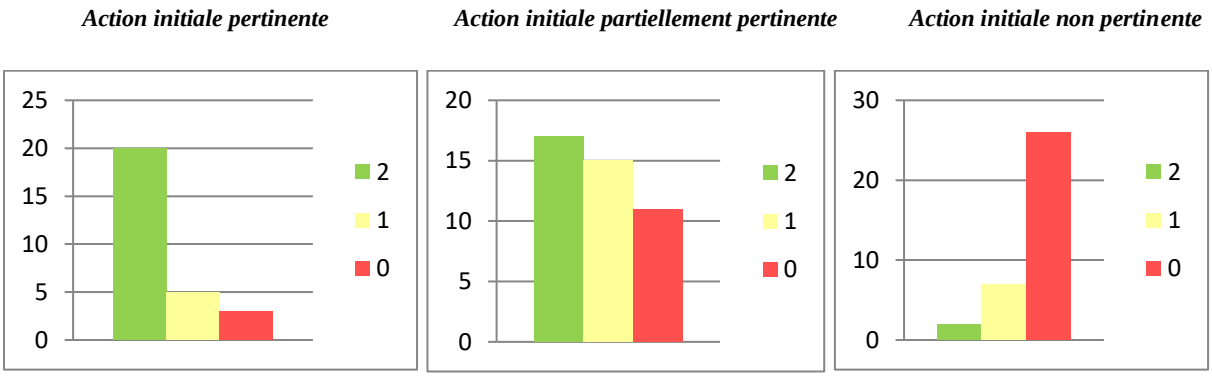


Figure 5 : Répartition des qualités de suivi d'action corrective (selon la cotation tableau 4) en fonction de la pertinence initiale de l'action

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

6) Description des professionnels participants aux CREX et RMM

A) Nombre de participants

Nous avons noté un écart important entre la réunion ayant compté le plus grand nombre de professionnels participants (18 professionnels) et celle qui en a compté le moins (3 professionnels).

Dans les deux cas, ces réunions étaient des RMM.

La moyenne du nombre de participants était de 8,1 pour les CREX et 10,6 pour les RMM.

B) Professions des participants

Le nombre de professions représentées était plus important lors des RMM (4,8 professions différentes en moyenne) que lors des CREX (3,7 professions différentes en moyenne).

La répartition des participants par profession, CREX et RMM confondus, est la suivante.

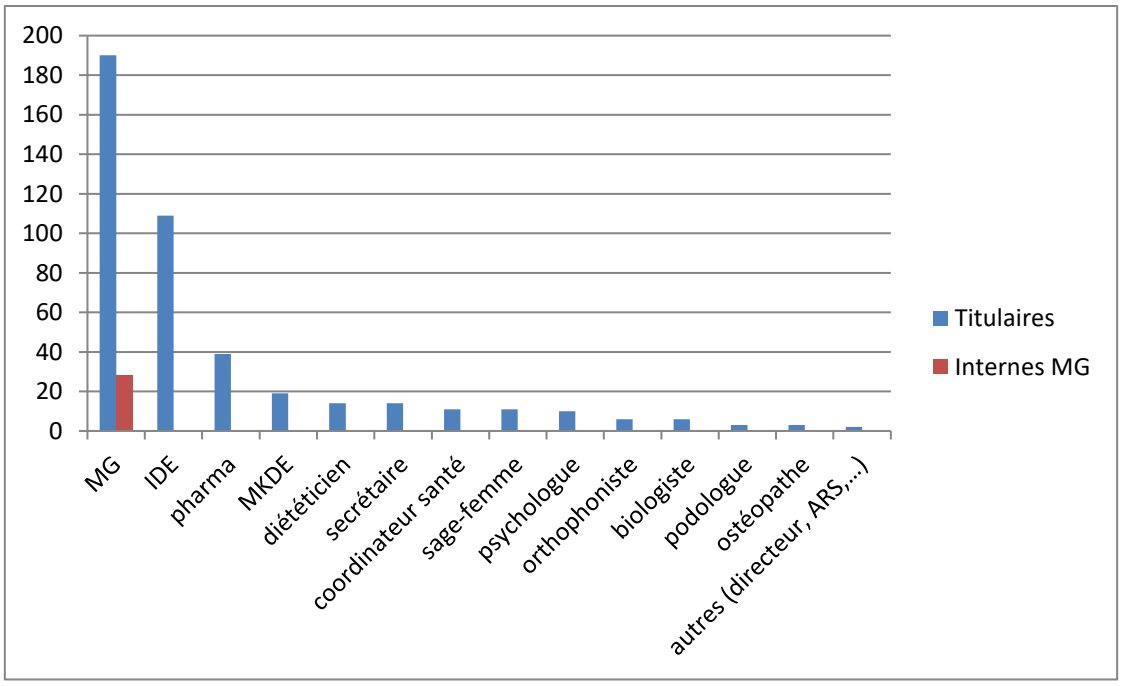


Figure 6: Répartition des participants par professions

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Cette répartition était comparable entre les CREX et les RMM.

C) Analyse des rôles de pilotes

Dans le protocole de l'étude PRisM, le rôle de pilote devait être attribué de façon équitable entre les différents professionnels de la structure.

- **Pilotes « analyse » :**
  En moyenne, 4,1 professionnels d'identité différente par centre ont assuré ce rôle.
  La proportion de CREX sans pilote « analyse » désigné était de 10,2%.

Professions des pilotes analyses	
MG	24
IDE	10
pharma	4
MKDE	3
secrétaire	1
orthophoniste	1
diététicien	1

- **Pilotes « actions correctives » :**
  En moyenne, 2,7 professionnels d'identité différente par centre ont assuré ce rôle.
  La proportion de CREX sans pilote « actions correctives » désigné était de 38,8%.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Professions des pilotes actions correctives	
MG	20
IDE	6
MKDE	1
secrétaire	1
biologiste	1

7) Support utilisé pour la synthèse des CREX et RMM

Les modèles de supports de synthèse étaient constitués :

- Pour les CREX, du « support Analyse » (**Annexe 1**) et du support « compte-rendu de CREX » (**Annexe 2**)
- Pour les RMM, du support « compte-rendu de RMM » ou tout autre support dont le choix était laissé libre aux professionnels des structures.

Les supports de synthèse utilisés ont été renvoyés selon les modèles proposés dans 96% des cas pour les CREX, et 89% des cas pour les RMM.

Sur les 10 sections à compléter dans le modèle de synthèse de CREX, les centres en ont rempli en moyenne 8,3 sections.

Quant au format de transmission des documents, la répartition entre format manuscrit et dactylographié a été équitable : 50/105 documents manuscrits contre 55/105 documents dactylographiés.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

8) Données temporelles

La durée moyenne d’un CREX était de 64 minutes, celle d’une RMM de 97 minutes.

Le délai moyen entre deux réunions équivalait à 51 jours.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

DISCUSSION

1) Discussion sur la méthodologie

L'objectif principal de l'étude étant de décrire le déroulement et le contenu des CREX et RMM, le choix d'une étude descriptive était justifié à cet égard.

A) Recueil des données

Le projet PRisM est expérimental et d'actualité puisqu'il correspond bien aux objectifs de recherche du Programme National pour la Sécurité du Patient 2013-2017 **(15)**. Ce projet consiste à améliorer la détection des EIAS, mettre en place des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à partir d'un travail d'équipe sur les EIAS signalés (auto apprentissage) et développer la culture de sécurité dans les centres, pôles et maisons de santé pluridisciplinaires en soins primaires.

Ces nouvelles dispositions sont toutefois récentes et nous avons peu de recul sur leur faisabilité dans des structures de soins primaires ; il n'est donc pas encore question d'investiguer une amélioration sur la santé des patients.

Notre recueil de données, intégralement issu de l'étude PRisM, a débuté avant la fin de sa période d'intervention, nous ne pouvions être assurés du bon accomplissement du cycle de CREX et RMM par les structures de soins et donc d'un nombre suffisant de comptes rendus transmis seulement à la fin de cette phase.

Dans la littérature, il existe cependant des expérimentations préalables de CREX et de RMM en soins primaires sur lesquelles nous pouvions baser notre comparaison :

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Expérimentations préalables de CREX

La mise en place de CREX en MSP a déjà été expérimentée en Franche-Comté par le Réseau Qualité des Etablissements de Santé de Franche-Comté (RéQua), avec comme objectif le développement d'une "culture positive de l'erreur" auprès des professionnels de soins primaires. Les outils qui ont été proposés au cours de cette expérimentation étaient un guide de mise en place de CREX et un questionnaire d'opinion et d'attitudes sur la sécurité des soins et la culture positive de l'erreur. Cette expérimentation a mise en évidence des obstacles à la mise en place d'un programme de gestion des risques dont les CREX font partie **(20)**:

- la **difficulté des professionnels de terrain à détecter des EIAS** (les EIAS étaient souvent assimilés aux effets indésirables médicamenteux, aux aléas thérapeutiques ou à la faute professionnelle)
- le **manque de temps** car les maisons de santé sont régulièrement sollicités pour des projets de santé publique
- le ressenti « péjoratif »des professionnels vis à vis de la gestion des risques assimilé à une **tâche administrative supplémentaire**

En revanche, cette expérimentation a également mis en évidence des leviers **(20)**comme :

- la **validation du DPC** des professionnels participants
- Un **leadership institutionnel sinon une volonté** des fédérations régionales des maisons, pôles et centres de santé d'adhérer au Programme National pour la Sécurité du Patient 2013-2017
- Un **appui méthodologique** (RéQua) dans l'étude
- la possibilité d'**inscrire le cycle de CREX au cours de réunions** déjà planifiées au sein des structures.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Expérimentations préalables de RMM

La mise en place de trois RMM en soins primaires (dont une pluri professionnelle par le CEPPRAL (Coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en santé en Rhône-Alpes) a été récemment évaluée dans le cadre d'un travail de thèse d'exercice de médecine générale **(21)**.

Les 10 entretiens qualitatifs ont mis en évidence certains obstacles à la mise en place de RMM en médecine de ville :

- une difficulté pour détecter des EIAS, s'approprier la méthode et la grille d'analyse et mettre en place des actions correctives concrètes par les professionnels de terrain ;
- une périodicité des réunions en soirée inadaptée.

Les principaux leviers soulevés étaient :

- l'apport de l'analyse collective d'EIAS pluri professionnelle, ou par des pairs ;
- une sensibilisation à l'identification et la prévention des EIAS ;
- l'importance de la bienveillance du groupe de RMM ;
- un effet déculpabilisant et rassurant de pouvoir exposer des EIAS sans être jugé.

Ainsi, il était difficile d'anticiper la qualité du recueil de nos données selon l'implication des centres qui dépendait de ces obstacles et ces leviers.

Cela coïncidait d'ailleurs avec notre hypothèse de recherche qui supposait que les centres avaient rencontré des difficultés dans la mise en place et la réalisation des cycles de CREX et RMM malgré l'accompagnement proposé par l'étude PRisM.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

B) Classement des données brutes

Beaucoup d'informations étaient données dans les synthèses de CREX et RMM.

Nous pouvons admettre qu'il existait une certaine redondance dans les supports utilisés pour synthétiser les CREX et RMM. En effet, certaines parties devaient être développées plusieurs fois comme l'item « proposition des actions correctives » présent dans le « support analyse » (Annexe 1) et le « compte-rendu de CREX » (Annexe 2), et d'autres parties étaient assez semblable comme la description détaillée de l'EIAS et l'analyse par chronologie en 3 temps.

Nous avons choisi de décrire les éléments qui nous semblaient être les plus pertinents, mais d'autres informations auraient pu également être abordées comme l'analyse des ETP des professionnels, le type de conséquences des EIAS, ou les mesures de signalement, mais ces données seront reprises à plus grande échelle sur l'ensemble des EIAS déclarés par tous les centres, dans le cadre de l'étude PRisM.

Nous avons parfois rencontré des difficultés de relecture des comptes rendus, principalement pour les documents manuscrits qui avaient été numérisés en mauvaise qualité, ce qui toutefois ne nous a pas empêché d'intégrer les données dans l'analyse.

En classant les données par des échelles standardisées (Taxonomie de Makeham pour le type d'EIAS sélectionné, la grille CADYA pour les facteurs favorisants) cela nous permettait de s'appuyer sur des méthodes de classification reconnues mais surtout de pouvoir comparer nos résultats avec les données d'autres études, que nous aborderons plus loin. A titre d'exemple, la taxonomie de Makeham est internationale et utilisable avec le niveau d'information que l'on attend du recueil de données ; elle a une bonne reproductibilité **(19)**.

La liste des types d'actions corrective et des mesures de prévention n'était pas standardisée en l'absence d'échelle internationale validée sinon existant. Elle a donc été conçue et partagée spécialement pour l'étude PRisM par l'équipe, en construisant une échelle à partir de l'ensemble des mesures correctives issues d'autres expérimentations RMM ou CREX et des données issues des échelles de codage des dysfonctionnements. Cette échelle, qui selon nous couvre les principaux champs d'action des mesures correctives, était par conséquent expérimentale, nous permettant potentiellement d'obtenir des résultats inédits sur ce sujet.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Vu le nombre important de données à encoder selon les classifications citées ci-dessus, il pouvait exister un biais de classement qui a été limité par un ajustement de l'encodage lors d'une seconde lecture.

C) Evaluation qualitative des données

Evaluer la qualité des principaux axes dans le déroulement d'un CREX ou d'une RMM (le choix de l'EIAS, son analyse par identification des facteurs favorisants, la proposition puis le suivi d'actions correctives) était un excellent moyen d'apprécier la manière dont les structures appliquaient le programme de gestion des risques.

En effet, nous sommes partis du postulat qu'un centre éprouvant des difficultés à mettre en place un cycle de CREX aurait tendance à présenter des scores de qualité faible (0 ou 1). Nous pouvions ensuite identifier dans quels domaines ces difficultés étaient les plus fréquentes.

Bien qu'une échelle de cotation ait été élaborée *a priori* (cf méthodologie), il pouvait exister une part de subjectivité dans l'interprétation des pertinences de choix d'EIAS, de la qualité d'analyse, et de la qualité des actions correctives et de leur suivi. Toutefois, il y a eu une évaluation qualitative partielle par un second opérateur, membre de l'équipe de coordination afin de limiter un biais d'interprétation. Ainsi, une seconde réévaluation a été réalisée par une seconde lecture des données par le même opérateur de façon à ce que les scores soient équitablement notés entre tous les centres.

D'autre part, nous avons choisi une échelle de cotation à seulement 3 degrés pour éviter une dispersion trop importante de valeurs intermédiaires et limiter les biais de mesure ; il s'agissait avant tout d'avoir un positionnement pragmatique et engagé.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

2) Principaux résultats

A) Respect des cycles CREX/RMM

Sur les 18 structures de soins qui ont été randomisées dans le groupe expérimental de l'étude PRisM, seulement 8 ont effectué l'ensemble du cycle de CREX. Cependant ces résultats sont à analyser avec prudence. En effet, si l'on met de côté les centres n'ayant pas tenu leur engagement envers l'étude donc si l'on comptabilise seulement les centres ayant effectué au moins une réunion CREX ou RMM, nous parvenons à un total de 8 centres sur 12 soit 2/3 des centres qui ont effectué le cycle CREX/RMM dans son intégralité, ce qui est satisfaisant au regard du caractère novateur et récent de la mise en place de la gestion des risques dans des structures ambulatoires.

De plus, comme expliqué précédemment, dans les expérimentations préalables de CREX et RMM, il existait de nombreux freins à leur réalisation.

Il y a cependant un biais de « volontariat » à prendre en compte : la thématique de la gestion de sécurité, toute fondamentale qu'elle soit, n'a pas encore vocation à attirer tous les professionnels…

B) Respect du déroulement des CREX/RMM

A propos du déroulement des CREX et RMM , **les recommandations expliquées lors de la formation e-learning**, ont été **globalement bien respectées** :

- Le nombre d'EIAS à analyser par réunion a été respecté (nombre plus important pour les RMM comme demandé)
- La durée des réunions était satisfaisante
- Quasi-totalité des EIAS tirée du SREI
- Majorité des comptes rendus renvoyés selon le support modèle et remplis de façon satisfaisante (8,3 sections/10) malgré le côté quelque peu redondant et parfois fastidieux des sections à compléter

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Participation active des professionnels avec un nombre de participants moyen supérieur à 8
- Pluriprofessionalité évidente, plus de 4 professions représentées lors des RMM
- « Pilotes analyses » bien identifiés avec distribution équitable du rôle entre les différents professionnels

Nous pouvons être plus mesuré quant à la désignation du rôle de « pilote action corrective », qui était régulièrement non identifié (40% des CREX) ce qui a eu un impact direct sur la qualité du suivi des mesures correctives.

C) Choix des EIAS

L'excellente pertinence des choix d'EIAS étudiés en CREX et RMM sont le reflet d'une **bonne compréhension de la définition d'un EIAS de la part des professionnels**. A ce titre, la formation e-learning semble avoir été efficace, sans toutefois que nous ne puissions croiser cet élément avec la réalité de la formation des professionnels à ces modules.

Après classement des EIAS selon la TAPS taxonomy, il apparait clair que les EIAS de CREX concernent en grande majorité une erreur en rapport avec le processus de soins, tandis que les EIAS de RMM sont liés plus régulièrement aux compétences et connaissances des professionnels.

Dans l'étude ESPRIT, selon la même classification de Makeham, 3/4 des types d'EIAS étaient des défauts dans le processus de soins et 1/4 un défaut de connaissance, de compétence ou de mobilisation de celles-ci **(22 ; 11 ; 12)**. Nos résultats sur la nature des EIAS coïncident donc avec les données de la littérature.

Ces résultats sont en accord avec les modalités de réalisation des CREX que l'on peut retrouver dans la littérature **(15 ; 23 ; 20)**. En effet, le CREX est une méthode standardisée de gestion des risques qui cible l'organisation des soins.

Dans le cadre du projet PRiSM (concernant les organisations pluri professionnelles de soins primaires), les CREX paraissent d'avantages appropriés. En revanche, les RMM étant des analyses de cas d'EIAS ayant entrainé (ou qui aurait pu entrainer) un dommage pour un

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

patient qui ciblent les pratiques professionnelles, une RMM en fin de cycle peut présenter un intérêt pédagogique (apprentissage par l'erreur) et l'opportunité d'échanger au sein de l'équipe sur des EIAS avec un degré de gravité élevé **(24 ; 25)**.

D) Analyse des EIAS

L'implication des centres dans l'analyse des EIAS a été très satisfaisante. Le taux de complétude de presque 90% du support analyse et la nomination d'un pilote analyse dans environ 9 réunions sur 10 sont la preuve que les difficultés principales à la mise en place des CREX et RMM ne concernaient pas dans cette étude l'analyse des EIAS.

D'autant plus que seulement 16 % des qualités d'analyse des 69 EIAS présentaient un score minimal de non pertinence (coté 0).

Nous pouvons cependant noter que l'analyse des facteurs favorisants selon la grille CADYA, comme demandé initialement lors de la formation e-learning, a été moins facilement renseignée par les pilotes analyses. Pourtant, à la fin de chaque support il y avait un schéma récapitulatif de cette classification (cf **Annexe 1**). L'identification des facteurs favorisants était parfois expliquée de façon brute, par un langage familier, sans rattachement à un des 4 types de facteurs. Par exemple, nous pouvions retrouver la notion « patient qui profite du flou sur l'ordre de passage dans la salle d'attente pour se faufiler avant son tour » alors que le facteur qui aurait dû être identifié était « facteur humain lié au patient : impatience » (2.2.08). Un guidage facilité pour l'identification des facteurs favorisants pourrait être proposé.

A propos de la liste des facteurs favorisants identifiés, nos résultats sont proches de ceux retrouvés dans d'autres études. Dans l'étude de Zwart et al, 72% des causes identifiées étaient d'origine humaine ou organisationnelle **(7)**. Dans notre étude nous retrouvions 60% de causes liées aux facteurs humains et aux processus de soins.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

E) Mise en place des mesures correctives

L'essentiel des difficultés rencontrées par les centres semble concerner cette partie. Il s'agit, parfois, d'une part de la mise en place même d'une mesure, et d'autre part de son suivi dans le temps qui constitue également une réelle difficulté.

En effet, l'explication des modalités de mise en place des mesures correctives était trop vaguement développée et cela s'est retrouvé dans la répartition des scores de qualité: seulement 24 % des actions correctives avait un score maximal (côté à 2), indépendamment du type d'action proposée.

Nous pouvons certainement faire le **lien entre la qualité des mesures correctives proposées initialement et la qualité de leur suivi dans le temps**. Les résultats laissent justement penser que plus une action corrective est expliquée, avec un **responsable identifié**, des modalités de diffusion à l'équipe et des échéances de suivi, plus ce suivi sera efficace avec un taux de réalisation optimale.

Dans le cas de cette étude, presque un tiers des mesures correctives ont été signalées comme réalisées, ce qui n'est pas un si mauvais résultat car il est sous-estimé notamment par l'absence de retour sur les actions proposées lors du dernier CREX n°5.

Il nous apparait qu'une piste pour améliorer le suivi serait de donner plus d'importance au rôle de pilote action corrective, car pour rappel 4 CREX sur 10 n'en avaient pas. Ce rôle pourrait être délégué à des professionnels dont l'emploi du temps serait en partie aménagé pour cette fonction. Dans l'étude, les médecins généralistes étaient la profession la plus représentée lors des réunions et dans la répartition des rôles de pilote, or ils font partie des professionnels dont la charge de travail est souvent importante…

Concernant les types d'actions correctives proposées selon la classification (**Annexe 6**), la répartition est cohérente : quasiment la moitié des mesures sont en lien avec l'organisation de la structure ce qui coïncide avec la répartition des types d'EIAS selon Makeham et celle des facteurs favorisants selon la grille Cadya, restant majoritairement liés à un défaut organisationnel et au processus de soins.

Ces données, au-delà d'un caractère attestant de la validité externe de l'étude PRisM, plaide pour la mise en œuvre de réflexion concertée entre les professionnels de santé des soins

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

primaires et les institutions officielles locales (ARS). Il faut penser le soin au-delà des acteurs et le concevoir de manière large…

3) Ouverture, perspectives

La culture de sécurité d'un groupe de professionnels de santé peut être définie comme : « *un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins* » (*European Society for Quality in Health Care)***(20)**.

Les résultats de notre travail tendent à confirmer la faisabilité de la mise en place des CREX et RMM en structure pluriprofessionnelle de soins primaires.

Idéalement, tout type de structure de soins primaires devrait être amené à développer le retour d'expérience entre les professionnels : CREX et RMM nous semblent être d'excellents dispositifs pour y parvenir.

Il est possible cependant que ce type de réunion soit plus adapté aux « grandes » structures de soins composés d'un nombre de professionnels conséquent. Nos résultats tendent à le penser si on prend l'exemple du centre C31 de notre étude, qui a présenté de loin les résultats les plus aboutis en terme de qualité d'analyse, de mise en place des mesures correctives puis de leur suivi. Cette structure constitue un « *groupement associatif de 5 centres de santé luttant contre les inégalités sociales et impliqués activement dans la prévention et l'éducation à la santé, et qui accueille en moyenne chaque année 18000 patients* ». Mais nous n'avons pas suffisamment de centres inclus dans l'étude pour affirmer cette relation entre taille de structure et faisabilité des réunions de retour d'expérience.

En réponse à l'objectif secondaire, et après étude des comptes-rendus, il nous semble possible à l'issue de cette étude de proposer les modifications suivantes afin d'améliorer l'organisation de CREX et RMM en ville:

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

1- **Simplifier davantage les documents de synthèse** (comptes rendus) afin de les rendre moins redondants, plus didactiques.

On pourrait envisager la création d'un **programme informatique spécialement créé pour la réalisation des CREX et RMM**, prenant en charge l'intégralité du déroulement d'un cycle de réunion. Cette idée est tout à fait envisageable, puisque la manipulation d'outils informatisés ne semble pas être un obstacle à la réalisation de documents de synthèse par les professionnels de soins primaires : d'ailleurs dans le format de transmission des données par les centres, il y avait plus de comptes rendus dactylographiés que manuscrits. Nous pourrions inclure dans ce programme informatique :

- Aide à l'analyse des EIAS, avec une arborescence basée sur la grille CADYA, type « Cadya facile » (en cours de réalisation), que les professionnels utiliseraient pour balayer l'ensemble des facteurs favorisants impliqués dans l'EIAS étudié
- Plate-forme de création de mesures correctives et des modalités nécessaires à leur mise en place, appuyée sur la classification utilisée pour le codage des mesures correctives
- Système de rappel et de rétrocontrôle des actions correctives, pour assurer un meilleur suivi possible dans le temps

2- Un **soutien humain et financier pour le suivi des mesures correctives**.

Le développement des MSP en France s'est accompagné ces dernières années d'une aide financière représentée par les NMR (Nouveaux Modes de Rémunération). Cette aide est versée en accord avec des objectifs variés comme la prévention, l'utilisation d'un système informatique agréé, des échanges interprofessionnels tracés **(27)**.

Les CREX et RMM pourraient être intégrés dans les objectifs d'échanges interprofessionnels, comme engagement optionnel avec en retour une aide financière adaptée permettant leur faisabilité.

Mais, un **soutien humain** apparait pour nous comme la solution la plus adaptée pour garantir l'efficacité et l'utilité de ces retours d'expérience interprofessionnels : un

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

acteur détaché, éventuellement extérieur à la structure (représentant ARS formé, Structure Régionale d'Appui **(28)**) ou non (recruter une personne formée spécialement pour cette fonction), dont la fonction, proche de celle du « pilote action corrective », se rapprocherait d'une expertise au service des professionnels dans la gestion des risques associés aux soins. Elle pourrait accompagner les professionnels, recueillir les synthèses de CREX et les centraliser, puis assurer la bonne gestion des mesures correctives et leur réalisation.

Ces deux modifications auraient leur place dans le Programme National Pour la Santé des patients.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

CONCLUSIONS

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Faculté de Médecine Lyon Est

Nom, prénom du candidat : BRAULT Grégoire

CONCLUSIONS

L'étude PRisM vise à évaluer l'impact d'un programme de gestion des risques sur le signalement des évènements indésirables associés aux soins par les professionnels en soins primaires. Ce programme s'appuie notamment sur une formation des professionnels par du e-learning et la mise en place de cycle de réunions de retour d'expérience type Comités de Retour d'Expérience (CREX) et Revue de Morbi-Mortalité (RMM).

Notre travail de thèse s'est intéressé aux comptes rendus des CREX (n=49) et RMM (n=9) réalisés par les structures de soins en intervention dans l'étude PRisM, en les analysant de manière descriptive standardisée (forme et contenu), selon les critères définis par la HAS notamment et utilisés dans les modules de e-learning.

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

S'agissant de la forme, les comptes rendus suivent les consignes expliquées aux professionnels lors de la formation e-learning, attestant d'un bon usage des supports proposés comme modèle dans l'étude avec des comptes rendus majoritairement bien complétés.
L'étude des participants révèlent une participation effective pluriprofessionnelle, plus encore dans les structures ayant conduit un cycle complet de CREX. On note toutefois une tendance à la surreprésentation des médecins généralistes.

S'agissant du contenu, les types d'EIAS traités ont été majoritairement liés à des défauts organisationnels dont les facteurs favorisants identifiés ont souvent été associés aux processus de soins et aux facteurs humains de la grille CADYA. Ces résultats sont comparables avec ceux d'autres études telle ESPRIT.

Nous avons cependant mis en évidence des difficultés dans la mise en place des CREX et RMM. Il semble que les intervenants aient parfois éprouvé des difficultés à identifier les facteurs favorisants en profondeur, malgré la présence de la grille CADYA en annexe des documents types. L'autre difficulté qu'ont pu rencontrer les professionnels a concerné la mise en place d'un suivi rigoureux et dans le temps des mesures correctives décidées en réunion.

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

En conséquence, il nous semble que deux améliorations pourraient être apportées dans le programme de gestion des risques.
Tout d'abord, le développement d'un logiciel d'analyse des EIAS de type « CADYA facile » constituerait une solution pour guider les professionnels dans l'identification des facteurs favorisants. Ce logiciel est d'ailleurs en cours de développement par les auteurs de la classification CADYA.
Ensuite, il serait probablement intéressant d'apporter aux structures de soins primaires une aide logistique concrète, par exemple sous forme d'une personne ressource en gestion des risques (Structures

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Faculté de Médecine Lyon Est

Régionales d'Appui, Agences Régionales de Santé) qui pourrait aider à la mise en place des CREX/RMM, puis à suivre et évaluer avec les professionnels les mesures correctives dans leur structure de soins.

Au regard de l'évolution actuelle des modes d'exercice en soins primaires tendant vers la pluri professionnalité, l'importance centrale de la prévention et la modernisation des pratiques, les CREX et RMM en soins primaires ont leur place dans ces dispositifs visant à renforcer la sécurité des patients.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Signature COLIN Cyrille

Vu :
Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 11 SEP. 2017

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Faculté de Médecine Lyon Est

DOSSIER DE SOUTENANCE DE THESE DE MEDECINE

DATE : 05/10/2017
LIEU (SALLE) DE SOUTENANCE DE THÈSE : SALLE DES THESES LYON SUD
HEURE DE LA THÈSE : 18H

Nom, prénom du candidat : BRAULT Grégoire

Titre de la thèse : **MISE EN PLACE DE CREX ET DE RMM EN SOINS PRIMAIRES ANALYSE PRELIMINAIRE DES COMPTES-RENDUS DE L'ETUDE PRISM**

Document à remplir par le Président de la thèse, Professeur à l'Université Claude Bernard – Lyon 1

1) Le Président s'engage à prendre la responsabilité du suivi de la thèse pour en assurer la qualité,
2) Le Président établit **un court rapport** confirmant que le travail effectué correspond bien à celui attendu pour une thèse de Doctorat en Médecine.
3) **Les soutenances doivent débuter au plus tard à 18 heures**

RAPPORT DU PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Le travail de thèse de Grégoire Brault a eu pour objectif de décrire une expérimentation innovante conduite dans 12 pôles et maisons de santé répartis sur le territoire français dans le cadre de l'étude Prism coordonnée par le Dr Marc Chanelière du DMG de Lyon. L'étude est conduite avec rigueur et présente la tenue des CREX et RMM conduits dans un contexte de soins de ville, multi-professionnel et abordant les évènement indésirables associés aux soins.

Les méthodes et les résultats sont présentés avec soin et permettent de projeter cette action dans un environnement plus large en améliorant le champ d'action et les perspectives d'amélioration de la sécurité des soins des trajectoires des patients.

La thèse est présentée avec toutes les informations nécessaires pour assurer la représentativité et la reproductibilité de ce type d'action dans d'autres secteurs de soins associant des professionnels de santé répartis sur un territoire de santé. Elle peut faire l'objet d'une publication sous réserve d'une adaptation aux exigences d'une revue à comité de lecture.

L'ensemble de ce travail autorise une soutenance sans réserve.

Lyon, le 06.09.17
Le Président de la thèse,
Nom, Prénom du Président et Cachet du service
Signature COLIN Cyrille

3

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

BIBLIOGRAPHIE

1) Thomson R, Lewalle P, Sherman H, Hibbert P, Runciman W, Castro G. Towards an International Classification for Patient Safety: a Delphi survey. Int J Qual Health Care. 2009 Feb;21(1):9–17

2) Kohn L. To err is human: an interview with the Institute of Medicine's Linda Kohn. Jt Comm J Qual Improv. 2000 Apr;26(4):227–34.

3) Legifrance C. Loi n 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id

4) De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care 2008;17(3):216-23

5) Makeham MAB, Kidd MR, Saltman DC, Mira M, Bridges-Webb C, Cooper C, et al. The Threats to Australian Patient Safety (TAPS) study: incidence of reported errors in general practice. Med. J. Aust. 2006 Jul 17;185(2):95–8.

6) Elder NC, Vonder Meulen M, Cassedy A. The identification of medical errors by family physicians during outpatient visits. Ann Fam Med. 2004 Apr;2(2):125–9.

7) Zwart DLM, Steerneman AHM, Van Rensen ELJ, Kalkman CJ, Verheij TJM. Feasibility of centre-based incident reporting in primary healthcare: the SPIEGEL study. BMJ Qual Saf. 2011 Feb;20(2):121–7.

8) Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, De Sarasqueta AM. French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff. Qual Saf Health Care. 2007 Oct;16(5):369–77.

9) Word Alliance for Patient Safety. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005.

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

10) O'Beirne M, Sterling PD, Zwicker K, Hebert P, Norton PG. Safety incidents in family medicine. BMJ Qual Saf. 2011 Dec;20(12):1005–10.

11) Michel P, Mosnier A, Kret M, Chanelière M, Dupie I, Haeringer-Cholet A, Keriel-Gascou M, Larrieu C, Quenon JL, Villebrun F, Brami J. Etude épidémiologie en soins primaires sur les évènements indésirables associés aux soins en France (ESPRIT 2013). BEH 2014 Sept ;9 : 410 -24

12) Michel P, Brami J, Chanelière M, et al. Patient safety incidents are common in primary care: A national prospective active incident reporting survey. Huy NT, ed. *PLoS ONE*. 2017;12(2):e0165455. doi:10.1371/journal.pone.0165455.

13) Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Guerin MH, Mercier A. ECOGEN : étude des Eléments de la Consultation en médecine GENérale. Revue *Exercer* 2014 ;114 :148-57

14) Chanelière M, Proboeuf T, Letrilliart L, Zerbib Y, Colin C. La iatrogénie en médecine générale. Revue *Exercer* 2014 ;114 :173-80

15) DHOS, HAS. Programme National pour la Sécurité des Patients 2013-2017 [Internet]. [cited 2013 Apr 17]. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_pour_la_securite_des_patients_2013-2017-2.pdf>

16) Chanelière M, Oriol JM, Senez B, Keriel-Gascou M, Fanjat H, Blanc MD, et al. CADYA : un outil pour analyser des incidents en soins primaires. 2014.

17) HAS. Classification des EIAS hors établissement de santé. [Internet] Juin 2015. Available from : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/classification_des_evenements_indesirables_associes_aux_soins_eias_rencontres_hors_etablissement_de_sante.pdf

18) Koehler D, Morlan T. Principaux dysfonctionnement associés à la survenue d'évènements indésirables en soins primaires. Analyse des évènements indésirables de l'étude française ESPRIT avec la grille CADYA. Thèse d'exercice en Médecine. Faculté de médecine de Lyon Est. Juin 2015

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

19) Makeham MAB, Stromer S, Bridges-Webb C, Mira M, Saltman DC, Cooper C, et al. Patient safety events reported in general practice: a taxonomy. Qual Saf Health Care. 2008 Feb;17(1):53–7.

20) NachinP. Revue morbi-mortalité et comité de retour d'éxpérience de l'antinomie apparente à la complémentarité. Besançon: Réseau Qualité des établissements de santé de Franche-Comté [Internet]. 2012 [cited 2013 Jul 12]. Available from: [http://qualite- securite-soins.fr/app/download/5784888069/NACHIN-D-EPP-RMM- CREX-complem.pdf].

21) Cheminal-Comte P, sous la direction de Keriel-Gascou M. Perceptions des professionnels de santé vis-à-vis des revues de morbi-mortalité en médecine de ville. Thèse d'exercice en médecine.Université Claude Bernard Lyon1. 2015

22) Michel P, Keriel-Gascou M, Kret M, Mosnier A, Dupie I, Chanelière M, et al. Etude nationale en Soins PRImaires sur les événemenTs indésirables (ESPRIT 2013). Rapport final. CCECQA, Bordeaux 2013 [Internet]. Vol. 20. Sommaire; 2004 [cité 22 déc 2016]. 355–62 p. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ESPRIT_etude_natioanle_soins_primaires_evenements_indesirables-decembre_2013.pdf

23) François P, Sellier E, Imburchia F, Mallaret M-R. [Experience feedback committee: a method for patient safety improvement]. Rev Epidemiol Sante Publique. 2013 Apr;61(2):155–61.

24) Sellier E, David-Tchouda S, Bal G, François P. Morbidity and mortality conferences: their place in quality assessments. Int J Health Care Qual Assur. 2012;25(3):189–96.

25) Bal G, David S, Sellier E, François P. [Value of morbidity and mortality review conferences for physician education and improvement of care quality and safety: a literature review]. Presse Med. 2010 Feb;39(2):161–8.

26) Council of Europe. Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practice [Internet]. Expert Group on Safe Medication Practices; 2006. Available from: http://www.edqm.eu/medias/fichiers/Report_2006.pdf

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

27) L'Assurance Maladie.Règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité [Internet]. Disponible sur : http://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/PAPS_RA/J_EXERCE/maison_de_sante_et_centre_de_sante/MSP_Docs_CC_18_fev_16/ANNEXE_1_-_Presentation_RA_structures_pluri_pro.pdf

28) « Les structures régionales d'appui pour l'évaluation de la qualité et la gestion des risques associés aux soins : un outil d'expertise au service des professionnels ? ». EHESP- Module interprofessionel de santé publique. Animé par Jarno P. 2014

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXES

<u>Annexe 1 :</u> Support analyse (4 pages)

<u>Annexe 2 :</u> Support Compte -rendu de CREX (5 pages)

<u>Annexe 3 :</u> fiche résumé des comptes rendus par structure (exemple du C19, 6 pages)

<u>Annexe 4 :</u> Classification de Makeham ou TAPS Taxonomy, version française (v.3)

<u>Annexe 5 :</u> Classification et codage des facteurs favorisants selon la grille CADYA (2 pages)

<u>Annexe 6 :</u> Classification et codage des actions correctives et des mesures de prévention

<u>Annexe 7 :</u> Liste des 69 types d'EIAS classés selon la classification de Makeham (4

<u>Annexe 8 :</u> Ensemble des données issues des comptes-rendus de CREX et RMM classé sous forme de tableau synthétique (3 pages)

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe 1 : **Support analyse (4 pages)**

ETUDE PRisM : SUPPORT D'ANALYSE D'EI

Nom de la structure : …… **Nom du « pilote analyse » :** ……

Date de l'analyse : …… / …… / 201… **Date de la réunion CREX :** …… / …… / 201…

1. Informations avant la survenue de l'EI

a. Informations sur le patient si l'évènement concerne un patient

Sexe ☐ H ☐ F Age : …… **Consultation** ☐ Programmée ☐ Non programmée / en urgence

Diagnostic / motif de consultation : ……

Situation clinique avant la survenue de l'EI :

a) Antécédents médicaux contributifs à la survenue de l'EI

……

……

b) Traitement en cours au moment de la survenue de l'EI

……

……

b. Informations sur la structure

Elément contextuel particulier lors de la survenue de l'EI (le cas échéant) :

……

……

2. Informations sur l'EI

Description synthétique de l'EI (« Que s'est-il passé ? Quoi ? Qui ? Où ? Comment ? » etc…)

……

……

……

……

……

……

Date (et heure de survenue) de l'EI : ……/……/201… (à ……h……)

Conséquences avérées de l'EI pour le patient : ☐ OUI ☐ NON

☐ Décès ☐ Mise en jeu du pronostic vital ☐ Altération corporelle ou fonctionnelle définitive
☐ Altération corporelle ou fonctionnelle transitoire ☐ Absence de conséquence connue

Conséquences potentielles de l'EI pour le patient : ☐ OUI ☐ NON

☐ Décès ☐ Mise en jeu du pronostic vital ☐ Altération corporelle ou fonctionnelle définitive
☐ Altération corporelle ou fonctionnelle transitoire ☐ Absence de conséquence connue

Conséquences avérées de l'EI pour la structure : ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, Précisez : ……

Conséquences potentielles de l'EI pour la structure : ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, Précisez : ……

1/4

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Chronologie détaillée et factuelle de l'EI selon les trois moments clés : Avant / Pendant / Après. Veillez à détailler le rôle de chaque intervenant (le cas échéant)

Avant (contexte de la survenue)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pendant (déroulement de l'EI)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Après (gestion de l'évènement et retour à une situation normale)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Facteurs favorisants (dysfonctionnements identifiés).
Posez-vous successivement pour chaque facteur plusieurs fois la question « Pourquoi ? », afin d'identifier la cause profonde.

Facteur 1 .....
Pourquoi ? .....
Pourquoi ? .....
Pourquoi ? .....
Pourquoi ? .....
Pourquoi ? .....

Facteur 2 .....
Pourquoi ? .....
Pourquoi ? .....
Pourquoi ? .....
Pourquoi ? .....
Pourquoi ? .....

Facteur 3 .....
Pourquoi ? .....
Pourquoi ? .....
Pourquoi ? .....
Pourquoi ? .....
Pourquoi ? .....

Facteur 4 .....
Pourquoi ? .....
Pourquoi ? .....
Pourquoi ? .....
Pourquoi ? .....
Pourquoi ? .....

Facteur 5 .....
Pourquoi ? .....
Pourquoi ? .....
Pourquoi ? .....
Pourquoi ? .....
Pourquoi ? .....

La grille CADYA fournie en annexe vous permet de vérifier que tous les domaines ont bien été explorés.

2/4

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Propositions d'actions correctives

A l'issue de l'analyse, quelle(s) proposition(s) d'actions correctives peuvent-elles être envisagées afin de limiter le risque de nouvelle survenue de l'EI ? Elles peuvent avoir trait à l'organisation au sein de la structure, à la formation des intervenants, à la communication ou encore aux éléments matériels etc.

Action corrective 1 :
Description :
……
……

Action corrective 2 :
Description :
……
……

Action corrective 3:
Description :
……
……

Action corrective 4 :
Description :
……
……

Mesures de signalement complémentaires

Cet EI a-t-il été signalé dans le cadre d'un système de signalement ? ☐ Oui ☐ Non

Si OUI Préciser : ……

Si NON Préciser pourquoi : ……

Information du patient, si un patient est concerné

Le dossier médical du patient comporte-t-il la mention d'une trace de la survenue de l'EI?

☐ Oui ☐ Non

Le patient (ou son entourage) a-t-il été informé, oralement ou par écrit, de la survenue de l'EI?

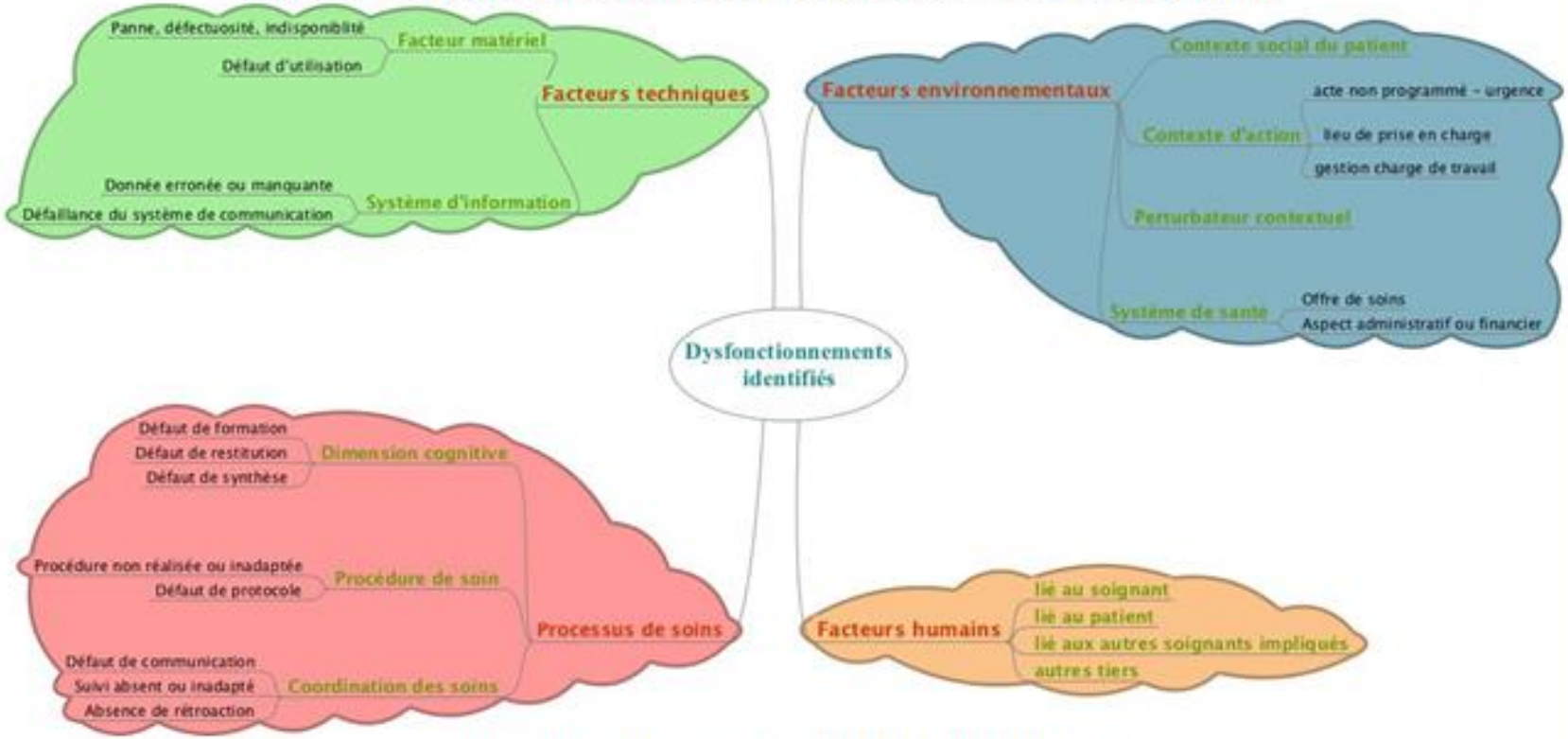
☐ Oui ☐ Non

Si oui, le dossier médical du patient comporte-t-il une trace de l'information donnée au patient sur l'EI?

☐ Oui ☐ Non

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Grille CADYA (CAtégories des Dysfonctionnements en Ambulatoire)



THESAURUS DE MOTS-CLEFS POUR LES FACTEURS HUMAINS		
DEFAUT D'ATTENTION	TROUBLE DE LA PERSONNALITE (addiction, mensonge)	GENE (Honte, Timidité)
MANQUE D'IMPLICATION (Défaut de compliance ou d'observance)	CONFUSION (Trouble du langage, de la compréhension, handicap)	DEFAUT D'EMPATHIE (Antipathie, mésentente, méfiance, manque de confraternité)
NEGLIGENCE (absence, retard, oubli, précipitation)	IMPATIENCE (vindicatif, sans gêne)	MALADRESSE (Indiscrétion)
AGRESSIVITE (Colère, énervement, violence)	DEFAUT AUTORITE (manque de courage, sympathie trop grande)	FATIGUE (asthénie)
STRESS (anxiété, peur)	ORGUEIL (Narcissisme)	AUTRE

4/4

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe 2 : **Support Compte -rendu de CREX (5 pages)**

ETUDE PRisM : COMPTE RENDU
COMITE DE RETOUR D'EXPERIENCE

Nom de la structure : ..... **CREX N° :** .....
Date de la réunion CREX : ..... / ..... / 201... **Durée de la réunion :** .....
Nombre de participants : ..... (joindre fiche d'émargement)

Première partie : Restitution de l'analyse de l'EI choisi
Merci de joindre la fiche support d'analyse de l'EI, complétée par le « pilote analyse ».

Quelles actions correctives ont-été décidée en CREX ?

Action corrective 1 :
Description :
.....
.....
.....
Responsable :..... Echéance de mise en place :.....
Modalités de diffusion de l'information :
.....
Evaluation de l'action corrective :
Echéance : .....
Modalités : .....

Action corrective 2 :
Description :
.....
.....
.....
Responsable :..... Echéance de mise en place :.....
Modalités de diffusion de l'information :
.....
Evaluation de l'action corrective :
Echéance : .....
Modalités : .....

Action corrective 3 :
Description :
.....
.....
.....
Responsable :..... Echéance de mise en place :.....
Modalités de diffusion de l'information :
.....
Evaluation de l'action corrective :
Echéance : .....
Modalités : .....

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Deuxième partie : Suivi des actions correctives

Le suivi des actions correctives prévues lors des précédentes réunions CREX a été effectué par chaque pilote « actions correctives » pour les EI précédemment analysés.

Bref résumé du suivi des actions correctives mises en place selon la trame synthétique suivante :

CREX N° : .....

Action N°: .....

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place : .....

Bilan de l'action ce jour : .....

Modification prévue ? .....

Merci de bien reprendre toutes les actions décidées lors de tous les CREX précédents.

CREX N° : .....

Action N°: .....

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place : .....

Bilan de l'action ce jour : .....

Modification prévue ? .....

CREX N° : .....

Action N°: .....

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place : .....

Bilan de l'action ce jour : .....

Modification prévue ? .....

CREX N° : .....

Action N°: .....

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place : .....

Bilan de l'action ce jour : .....

Modification prévue ? .....

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

CREX N° : .....

Action N°: .....

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place : .....

Bilan de l'action ce jour : .....

Modification prévue ? .....

CREX N° : .....

Action N°: .....

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place : .....

Bilan de l'action ce jour : .....

Modification prévue ? .....

CREX N° : .....

Action N°: .....

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place : .....

Bilan de l'action ce jour : .....

Modification prévue ? .....

CREX N° : .....

Action N°: .....

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place : .....

Bilan de l'action ce jour : .....

Modification prévue ? .....

CREX N° : .....

Action N°: .....

Etat d'avancement : ☐ réalisée ☐ non réalisée ☐ en cours ☐ prévue

Date de mise en place : .....

Bilan de l'action ce jour : .....

Modification prévue ? .....

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Troisième partie : Choix du prochain EI à analyser

Choix de l'EI à analyser pour la prochaine réunion parmi ceux renseignés dans le SREI :
.....
.....
.....

Personne en charge de l'analyse (pilote « analyse ») : .....

Personne en charge des actions correctives (pilote « actions correctives») : .....

Date du prochain CREX : ...../...../.....

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Réunion de retour d'expérience - Fiche de présence

Nom de la structure : .....

Date de la réunion CREX : ..... / ..... / ..... **CREX N° :** .....

Nom	Profession	Signature

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

<u>Annexe 3</u> : Fiche résumé des comptes rendus par structure (exemple du C19, 6 pages)

Etude des CR de CREX/RMM par structure

Nom de la structure : C19

Type de structure : MSP

Profession du référent : diététicien

1- Nombre de CREX réalisés : 5

a. Dates des CREX : délai moyen entre chaque CREX : 35 jours

30/05/2016 ; 27/06/2016 ; 22/08/2016 ; 26/09/2016; 17/10/2016

b. Durée des CREX : moyenne : 63 minutes

CREX1 : 1 h ; CREX2 : 1 h ; CREX3 : 1 h ; CREX4 : 1 h 15 ; CREX5 : 1h

c. Nombre de professionnels participants aux CREX :
moyenne /CREX : 6

CREX1 : 6 ; CREX2 : 7 ; CREX3 : 5 ; CREX4 : 6 ; CREX5 : 6

d. Nombre de professions différentes représentées aux CREX :
moyenne/CREX : 3.8

CREX1 : 4 (3 MG, 1 IDE, 1 orthophoniste, 1 diététicien)

CREX2 : 4 (3 MG, 2 IDE, 1 ortho, 1 diététicien)

CREX3 : 3 ; (3MG, 1 IDE, 1 diététicien)

CREX4 : 4 ; (3 MG, 1 IDE, 1 orthophoniste, 1 diététicien)

CREX5 : 4 ; (3 MG, 1 IDE, 1 orthophoniste; 1 dietéticien)

e. Nombre d'EI dans la base à la date de chaque CREX :

CREX1 : 8 ; CREX2 : 8 ; CREX3 : 9 ; CREX4 : 9 ; CREX5 : 10

Nombre total d'EI déclaré par le centre : 10

f. Nombre d'EI analysés par CREX :
moyenne / CREX : 1

CREX1 : 1 ; CREX2 : 1 ; CREX3 : 1 ; CREX4 : 1 ; CREX5 : 1

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

g. ***Nombre d'EI analysés présents dans la base :***

moyenne / CREX : 1

CREX1 : 1 (n°2) ; CREX2 : 1 (n°8) ; CREX3 : (n°9) ; CREX4 : 1 (n°10) ; CREX5 : 1 (n°11)

h. ***Pertinence du choix des EI de CREX (****0/1/2 pour non pertinent/partiellement pertinent/pertinent****) :***

CREX1 : 1 ; CREX2 : 1 ; CREX3 : 2 ; CREX4 : 2 ; CREX5 : 2

i. ***Nombre de pilotes analyse différents pour la totalité des CREX: 4 (2 fois même MG)***

j. ***Nombre de pilotes actions correctives différents pour la totalité des CREX : 5 (2 pilotes AC pour crex3 et 2 fois le même pilote)***

2- Nombre de CR de CREX suivant modèle renvoyés : 5

a. ***Nombre de sections complétées /CR :***

CREX1 : 5/7 pour le SA , 3/3 pour le CR ; total= 8/10

CREX2 : 7/7 pour le SA ; 3/3 pour le CR ; total = 10/10

CREX3 : 7/7 pour le SA ; 3/3 pour le CR ; total = 10/10

CREX4 : 7/7 pour le SA ; 3/3 pour le CR ; total = 10/10

CREX5 : 7/7 pour le SA ; 3/3 pour le CR ; total = 10/10

b. ***Chronologie avec les 3 temps présente pour au moins un EI par CREX (O/N) :***

CREX1 : Non ; CREX2 : Non ; CREX3 : Oui ; CREX4 : Oui ; CREX5 : Oui ;

c. ***Nombre de facteurs favorisants identifiés par CREX :***

moyenne / CREX : 2,8

CREX1 *: 3*

Lesquels : 2 facteurs humains patient (timidité etc..) et secrétaire, 1 facteur technique (absence protocole)

Qualité de l'analyse EI 1 : 1 (partiellement pertinente) , bien car utilisation grille Cadya mais pas d'analyse en 3 temps, autres facteurs ?

CREX2 *: 3*

Lesquels : 1 facteur humain (médecin), 1 facteur environnemental , 1 facteur technique

Qualité de l'analyse EI 2 : 2 (manque juste la section « après »)

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

CREX3 *: 2*

Lesquels : 1 facteur humain (médecin surchargé, précipitation), 1 facteur technique (support de communication)

Qualité de l'analyse EI 3 : 1 (analyse des facteurs limitée)

CREX4 *: 3*

Lesquels : 1 facteur processus soins (pas d'orthophoniste à l'hopital), 1 facteurs humains (patient), 1 facteur processus de soins (défaut formation médecin sur ce type de PEC)

Qualité de l'analyse EI 4 : 2 (bien, 3 temps + 3 facteurs ok)

CREX5 *: 3*

Lesquels : 1 facteur patient, 1 facteur medecin, 1 facteur hopital

Qualité de l'analyse EI 5 : 1 (pas selon grille cadya, 3 temps ok)

d. Nombre de propositions d'actions correctives par CREX :

moyenne / CREX : 2,2

CREX1 *: 3*

Nature des actions :

1) 1ere question type « le 1er rdv libre est… »

Qualité de la proposition : 2

Qualité du suivi de l'action : 1 (réalisé, mais pas de suivi dans le temps)

2) appel direct du 15 par secrétaire et transfert médecin,

Qualité de la proposition : 1 (trop d'intermediaires)

Qualité du suivi de l'action : 1 (réalisé, mais pas de suivi dans le temps)

3) protocole à la vue des secrétaires (1 MG de garde/j)

Qualité de la proposition : 2 (bien expliqué, mise en place d'un protocole)

Qualité du suivi de l'action : 1 (réalisé, mais pas de suivi dans le temps)

CREX2 *: 2*

Nature des actions :

1) fermer le dossier en cours avant d'en ouvrir un autre

Qualité de la proposition : 1 (diffusion orale, action peu corrective)

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Qualité du suivi de l'action : 1 (réalisé, mais pas de suivi dans le temps)

2) ne pas répondre au téléphone pendant un acte

Qualité de la proposition : 0(diffusion orale, plus une intention)

Qualité du suivi de l'action : 1 (réalisé, mais pas de suivi dans le temps)

***CREX3** : 3*

Nature des actions :

1) hierarchiser ordonnance, la dernière qui fait loi, en cas de doute IDE appelle MG,

Qualité de la proposition : 2 (bonnes modalités de diffusion, échéances)

Qualité du suivi de l'action : 1 (réalisé, mais pas de suivi dans le temps)

2) communication orale ou SMS avec accusé réception pour q° urgentes

Qualité de la proposition : 2 (idem bien expliqué)

Qualité du suivi de l'action : 1 (réalisé, mais pas de suivi dans le temps dans les autres

3) suppression cahier IDE /MG, remplacer par cahier individuel avec problèmes non urgents

Qualité de la proposition : 1 (action discutable)

Qualité du suivi de l'action : 1 (réalisé, mais pas de suivi dans le temps)

(actions trop centrées sur IDE ?)

***CREX4** : 1*

Nature des actions :

1) se renseigner directement auprès des spécialistes pour patients fragiles

Qualité proposition : 0 (action vague, peu approprié…)

Qualité du suivi : 2 (bon retour, avec explication des résultats)

***CREX5** : 2*

Nature des actions :

1) prendre rdv pour le patient directement auprès des professionnels

Qualité de la proposition : 1 (assez vague et manque d'explication)

2)correspondre par téléphone avec les praticiens hospitaliers pour certains patients

Qualité de la proposition : 0 (action peu adaptée, peu expliquée)

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

e. ***Nombre d'actions suivies en CREX :*** ***moyenne / CREX : 2,5***

CREX2 *: 3 Nature des actions suivies : les 3 actions correctives de CREX 1*

CREX3 *: 3 Nature des actions suivies : 1 action de CREX 1 et les 2 actions de CREX 2*

Qualité suivi des actions CREX3 : 1 (manque le rappel des autres actions CREX 1 déjà réalisées)

CREX4 *: 3 Nature des actions suivies : les 3 actions de crex 3*

Qualité suivi des actions CREX4 : 1 (manque rappel des autres actions)

CREX5 *: 1 Nature des actions suivies : la seule action corrective de crex4*

Qualité suivi des actions CREX5 : 1 (manque les autres actions)

Nb de CREX avec suivi d'actions : 4

3- ***Nombre de RMM réalisées : 1*** *Date de la RMM : 28 /11 / 2016*

support utilisé= CR RMM standard

a. ***délai entre le dernier CREX et la RMM : 42 jours***
b. ***Durée de la RMM : 0 h 45***
c. ***Nombre de professionnels participants à la RMM : 6***
d. ***Nombre de professions différentes représentées à la RMM : 4 (2 MG, 2 Ide, 1 ortho, 1 diet)***
e. ***Nombre d'EI dans la base à la date de la RMM : 10***
f. ***Nombre d'EI analysés lors de la RRM : 1***
g. ***Nombre d'EI analysés présents dans la base : 1 (n°3)***
h. ***Pertinence du choix des EI de RMM (****0/1/2 pour non pertinent/partiellement pertinent/pertinent****) :***

EI 1 : 2

i. ***Nombre de facteurs favorisants identifiés : 4***
Lesquels : 1/ coordination ide/mg/famille 2/ méconnaissance ttt par entourage 3/ patient vulnerable 4/ ordo etablies que pour 1 mois
Qualité de l'analyse des EI :

EI 1 : 1 (pas d'analyse en 3 tps ni de facteurs cadya)

j. ***Nombre d'actions correctives proposées : 4***

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Nature des action :

1/ MG met en valeur les médicaments importants en les surlignant

Qualité proposition : 1

2/ MG prescrit une boite en plus en début d'année

Qualité proposition : 1

3/ ordo pour 3 mois

Qualité proposition : 0

4/ IDE anticipe le RO une semaine à l'avance

Qualité proposition : 1

(pas d'action incluant le patient, ex : temps d'éducation et apprentissage)

- ***Nombre total d'actions correctives proposées : 11 (3 crex1 + 2 crex2+ 3 crex 3 + 1 crex4 +2 crex 5)***
- ***Nombre total d'actions correctives réalisées : 9 (3 crex1 + 2 crex2 + 3 crex 3+ 1 crex4, crex5 ??)***
- ***Délai entre analyse et réunion : CREX 1= 0j CREX 2= 1j CREX 3= 0j CREX 4= 0j CREX5= 1j***

- ***Format de transmission des documents:***

- Support analyse : crex1 = numérique, crex2 = numérique, crex3 = numérique, crex4 = numérique crex5= numérique

- CR: crex1 = numérique, crex2 = numerique, crex 3 = numérique, crex4 = numérique crex5 = numérique RMM = numérique

<u>TOTAL: 11/11 format numérique</u>

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

<u>Annexe 4 :</u> Classification de Makeham ou TAPS Taxonomy, version française (v.3)

TAPS TAXONOMY	
1. Erreurs en rapport avec les processus de soins	**1.2 Erreurs en rapport avec les examens complémentaires**
1.1 Erreurs dans le fonctionnement du cabinet médical	1.2.1 Mauvaise identification du patient (nom adresse, téléphone)
1.1.1 Erreur d'identification du patient	1.2.2 Erreurs en relation avec la demande d'examens complémentaires
1.1.2 Erreurs de prise de RV ou de transmission de messages	1.2.3 Erreurs en rapport avec la décision de réalisation d'examens complémentaires
1.1.3 Erreurs dans le dossier du patient ou dans son archivage	1.2.4 Erreurs dans les résultats (délivrance des résultats) ou la gestion des résultats
1.1.4 Erreurs dans les rappels automatiques (*reminders*) ou les systèmes d'alerte	1.2.5 Erreurs liées à des examens complémentaires autres que celles déjà citées
1.1.5 Erreurs dues au système informatique	**1.3 Erreurs liées aux médicaments**
1.1.6 Erreurs dans la maintenance d'un environnement (de soin) sûr	1.3.1 Erreurs dans la rédaction de l'ordonnance informatisée ou dans le tableau des médicaments
1.1.7 Erreurs liées aux soins dispensés hors des horaires habituels ou en cas d'insuffisance de personnel disponible	1.3.2 Autres erreurs de prescription médicamenteuse ou d'enregistrement dans le dossier du patient
1.1.8 Erreurs en rapport avec la confidentialité des données des patients	1.3.3 Erreurs d'administration ou de délivrance des médicaments
1.1.9 Erreurs liées au fonctionnement du cabinet ou au système de soins, non précisées ailleurs	1.3.4 Erreurs liées à l'automédication du patient
	1.3.5 Autres erreurs dans la prescription médicamenteuse
1.4 Erreurs de traitements non médicamenteux	**2. Erreurs en rapport avec les connaissances/ compétences des professionnels de santé**
1.4.1 Erreurs de processus lors d'une vaccination	**2.1 Erreurs de diagnostic**
1.4.2 Erreurs survenant dans le processus d'un acte interventionnel	2.1.1 Erreurs dans le recueil des antécédents et de l'histoire de la maladie
1.4.3 Autres erreurs dans les traitements non médicamenteux	2.1.2 Erreurs dans l'examen clinique du patient
1.5 Erreurs de communication et autres erreurs dans le processus de soins	2.1.3 Erreurs dans la prescription, la réalisation ou l'interprétation des examens complémentaires
1.5.1 Erreurs de communication avec les patients	2.1.4 Autres erreurs non spécifiées de diagnostic
1.5.2 Erreurs de communication lors du séjour à l'hôpital ou à l'occasion de la sortie du patient	**2.2 Erreurs de prise en charge du patient**
1.5.3 Erreurs dans l'orientation d'un patient vers un autre professionnel de soins	2.2.1 Erreurs dans la prise en charge médicamenteuse
1.5.4 Erreurs de communication avec les autres professionnels de soins	2.2.2 Erreurs de connaissance ou de compétence en rapport avec une vaccination
1.5.5 Autres erreurs de communication ou de processus de soins non spécifiées	2.2.3 Erreurs de connaissances ou défaut de compétences
	2.2.4 Autres erreurs non spécifiées de gestion de prise en charge

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

<u>Annexe 5 :</u> Classification et codage des facteurs favorisants selon la grille CADYA (2 pages)

1. facteurs environnementaux	**1.1.00 Contexte social du patient**	
	1.2 Contexte d'action	**1.2.01 Acte non programmé - urgence**
		1.2.02 Lieu de prise en charge
		1.2.03 Gestion de la charge de travail
	1.3.00 Perturbateur contextuel	
	1.4 Système de santé	**1.4.01 Offre de soins**
		1.4.02 Aspect administratif ou financier

2. Facteurs humains	2.1 Lié au soignant	**2.1.01 à 2.1.15 selon *thesaurus de mots-clefs ci-dessous***
	2.2 Lié au patient	**2.2.01 à 2.2.15 selon *thesaurus de mots-clefs ci-dessous***
	2.3 Lié aux autres soignants impliqués	**2.3.01 à 2.3.15 selon *thesaurus de mots-clefs ci-dessous***
	2.4 Lié aux tiers	**2.4.01 à 2.4.15 selon *thesaurus de mots-clefs ci-dessous***

***<u>THESAURUS</u>* <u>DE MOTS-CLEFS POUR LES FACTEURS HUMAINS</u>**		
.01 Défaut d'attention	.06 Trouble de la personnalité (addiction, mensonge)	.11 Gêne (Honte, timidité)
.02 Manque d'implication (défaut de compliance ou d'observance)	.07 Confusion (trouble du langage, de la compréhension, handicap)	.12 Défaut d'empathie (antipathie, mésentente, méfiance, manque de confraternité)
.03 Négligence (absence, retard, oubli, précipitation)	.08 Impatience (vindicatif, sans gêne)	.13 Maladresse (indiscrétion)
.04 Agressivité (colère, énervement, violence)	.09 Défaut d'autorité (manque de courage, sympathie trop grande)	.14 Fatigue (asthénie)
.05 Stress (anxiété, peur)	.10 Orgueil (narcissisme)	.15 Autre

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

3. Facteurs techniques	3.1 Facteur matériel	**3.1.01 Panne, défectuosité, indisponibilité**
		3.1.02 Défaut d'utilisation
	3.2 Système d'information	**3.2.01 Donnée erronée ou manquante**
		3.2.02 Défaillance du système de communication

4. Processus de soins	4.1 Dimension cognitive	**4.1.01 Défaut de formation**
		4.1.02 Défaut de restitution
		4.1.03 Défaut de synthèse
	4.2 Procédure de soin	**4.2.01 Procédure non réalisée ou inadaptée**
		4.2.02 Défaut de protocole
	4.3 Coordination des soins	**4.3.01 Défaut de communication**
		4.3.02 Suivi absent ou inadapté
		4.3.03 Absence de rétroaction

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe 6 : Classification et codage des actions correctives et des mesures de prévention

1. Actions en lien avec la formation et la pratique de soins	**1.1.0 Evaluation des compétences ou expression d'un besoin de formation**	
	1.2 Réalisation ou mise en place de formations (tout domaine)	**1.2.1 Pour les personnels soignants**
		1.2.2 Pour les personnels non-soignants
	1.3.0 Changement ou modification dans la pratique (au sens large)	
2. Actions en lien avec les aspects techniques et matériels de la structure	**2.1.0 Changement, mise à niveau ou restauration des locaux (gros aménagements)**	
	2.2 Changement, mise à niveau ou restauration des autres éléments techniques	**2.2.1 En lien avec un appareil médical**
		2.2.2 En lien avec le système d'information (matériel/logiciel)
		2.2.3 En lien avec d'autres éléments (mobilier)
3. Actions en lien avec l'organisation de la structure	3.1 Relatives au personnel soignant	**3.1.1 Modification de l'agenda / du planning de travail**
		3.1.2 Arrivée ou départ d'un soignant
		3.1.3 Transfert et coordination vers un autre soignant
	3.2 Relatives au personnel non-soignant	**3.2.1 Modification de l'agenda / du planning de travail**
		3.2.2 Arrivée ou départ d'un personnel non soignant
		3.2.3 Transfert vers un autre personnel non soignant
	3.3 Relatives à la gestion des patients	**3.3.1 Modification dans la gestion de la prise de rendez-vous**
		3.3.2 Intervention ou médiation d'autres acteurs sociaux
	3.4 Actions en lien avec la gestion de l'information (tout support)	**3.4.1 Au sein de la structure (diffusion, archivage)**
		3.4.2 Interface avec l'extérieur/autres structures (diffusion,/réception)
4. Actions en lien avec la gestion des facteurs humains		
5. Autres (préciser)		

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe 7 : Liste des 69 EIAS classés par type selon la classification de Makeham (4 pages)

		Description de l'EI	TAPS Taxonomy
C1	CREX 1	Problème d'orientation des patients dans le pôle en-dehors des heures d'ouverture du secrétariat. Kiné dérangée	1.1.7 Erreurs liées aux soins dispensés hors des horaires habituels ou en cas d'insuffisance de personnel disponible
	CREX 2	Problème de confidentialité des documents laissés à l'accueil.	1.1.8 Erreurs en rapport avec la confidentialité des données des patients
	CREX 3	Demande de Visite en urgence non prise en compte	1.1.2 Erreurs de prise de RDV ou de transmission de messages
	CREX 4	Interaction médicamenteuse, changement du traitement par cardiologue(IEC), non indiqué dans le dossier médical, prescription antérieure de Tiorfan	1.3.2 Autres erreurs de prescription médicamenteuse ou d'enregistrement dans le dossier du patient
	CREX 5	Rupture du secret médical par piratage de boite mail	1.1.8 Erreurs en rapport avec la confidentialité des données des patients
	RMM EI 1	Suivi à domicile des patients sous AVK avec des troubles cognitifs : déficit d'observance	1.3.3 Erreurs d'administration ou de délivrance des médicaments
C8	CREX 1	Patient avec hypoglycémie compliquée de FA non signalé en salle d'attente, sans prise en charge en urgence	1.5.5 Autres erreurs de communication ou de processus de soins non spécifiées
	CREX 2	Creneau de consultation libéré au dernier moment et non utilisé pour un autre patient qui désirait un rdv urgent	1.1.2 Erreurs de prise de RV ou de transmission de messages
	CREX 3	Probleme de rdv, patiente ne s'étant pas présentée à l'accueil, rdv supprimé alors qu'elle attend.	1.1.2 Erreurs de prise de RV ou de transmission de messages
	CREX 4	Demande de la part des pompiers à la MSP d'une liste de patients sous O2, non disponible	1.5.5 Autres erreurs de communication ou de processus de soins non spécifiées
	CREX 5	Présence d'un vaccin stocké dans le frigo de la salle de repos dont l'hygiène est inadaptée	1.1.6 Erreurs dans la maintenance d'un environnement (de soin) sûr
C10	CREX 1	Erreur dans les modalités de prélèvement de la lithémie, patient piqué 3 fois	2.1.3 Erreurs dans la prescription, la réalisation ou l'interprétation des examens complémentaires
	CREX 2	Oubli de récupérer les prélèvements par coursier du laboratoire	1.1.9 Erreurs liées au fonctionnement du cabinet ou au système de soins, non précisées ailleurs
	CREX 3	Retard de consultation par panne du logiciel informatique	1.1.5 Erreurs dues au système informatique
	CREX 4	Erreur de posologie lors du renouvellement d'un antidépresseur (modification dite oralement au patient)	1.3.2 Autres erreurs de prescription médicamenteuse ou d'enregistrement dans le dossier du patient
	CREX 5	Conflit en salle d'attente entre les patients à propos de l'ordre de passage pour les consultations sans rd	1.1.9 Erreurs liées au fonctionnement du cabinet ou au système de soins, non précisées ailleurs
	RMM EI 1	Adrénaline injectable périmée dans le chariot d'urgence, patient avec antécédent allergique se présentant suite à des piqûres de frelon	1.1.9 Erreurs liées au fonctionnement du cabinet ou au système de soins, non précisées ailleurs
	RMM EI 2	Oubli de prescription des Ddimères pour suspicion de phlébite par le médecin remplaçant et refus de passer echodoppler de la part du patient	1.2.2 Erreurs en relation avec la demande d'examens complémentaires

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

C19	CREX 1	Délai d'attente inadapté pour les demandes de rdv urgents	1.1.9 Erreurs liées au fonctionnement du cabinet ou au système de soins, non précisées ailleurs
	CREX 2	Erreur d'identité sur prélèvement de ponction articulaire (ouverture du dossier d'un autre patient au cours de la consultation)	1.2.1 Mauvaise identification du patient (nom adresse, téléphone)
	CREX 3	Défaut de communication IDE/médecin sur changement de traitement en sortie d'hospitalisation	1.5.2 Erreurs de communication lors du séjour à l'hôpital ou à l'occasion de la sortie du patient
	CREX 4	Absence de suivi orthophoniste 18 mois après trachéotomie	1.5.3 Erreurs dans l'orientation d'un patient vers un autre professionnel de soins
	CREX 5	Retard de prise en charge d'un pied diabétique, avec comme conséquence une amputation.	2.2.4 Autres erreurs non spécifiées de gestion de prise en charge
	RMM EI 1	Inobservance du traitement par manque de comprimé en fin de mois (boite de 28)	2.2.1 Erreurs dans la prise en charge médicamenteuse
C21	CREX 1	Suspicion de lettre piégée à l'accueil	1.1.9 Erreurs liées au fonctionnement du cabinet ou au système de soins, non précisées ailleurs
	CREX 2	Agressivité d'un patient en état d'ébriété dans la salle d'attente	1.1.9 Erreurs liées au fonctionnement du cabinet ou au système de soins, non précisées ailleurs
	CREX 3	Erreur d'archivage d'un courrier, placé dans le dossier informatique d'un autre patient	1.1.3 Erreurs dans le dossier du patient ou dans son archivage
	CREX 4	Patient psychotique dans la salle d'attente avec propos déplacés envers le médecin (séduction)	1.1.9 Erreurs liées au fonctionnement du cabinet ou au système de soins, non précisées ailleurs
	CREX 5	Dispute verbale entre patients dans la salle d'attente à propos de l'ordre de passage	1.1.9 Erreurs liées au fonctionnement du cabinet ou au système de soins, non précisées ailleurs
	RMM EI 1	Erreur de date de naissance chez une patiente de 49 ans avec désir de grossesse non francophone ne connaissant pas son age.	1.1.3 Erreurs dans le dossier du patient ou dans son archivage
	RMM EI 2	Problème des dossiers doublons avec les NJF des patientes et répercussion sur les atcd enregistrés dans les dossier	1.1.3 Erreurs dans le dossier du patient ou dans son archivage
C27	CREX 1	Problème de secrétariat téléphonique en général	1.1.9 Erreurs liées au fonctionnement du cabinet ou au système de soins, non précisées ailleurs
C31	CREX 1	Injection d'Arixtra en sortie d'urgences pour une fracture du tibia chez une patiente dejà sous avk	1.3.5 Autres erreurs dans la prescription médicamenteuse
	CREX 2	Rupture du secret médical lors d'un appel transféré par la secrétaire	1.1.8 Erreurs en rapport avec la confidentialité des données des patients
	CREX 3	Retard de prise en charge gynécologique chez une patiente en précarité (FCV anormal) vu par différents médecins	2.2.4 Autres erreurs non spécifiées de gestion de prise en charge
	CREX 4	Erreur de manipulation d'un produit par le patient lors d'un soin de brulure par IDE, prend la SHA au lieu du savon doux	1.4.2 Erreurs survenant dans le processus d'un acte interventionnel
	CREX 5	Erreur de prise de traitement d'un patient dément, pris 2 fois après passage IDE puis AVS	1.3.3 Erreurs d'administration ou de délivrance des médicaments
	RMM EI 1	Non réception chez le médecin d'un bilan biologique anormal : EP, hospitalisation en urgence par la fille de la patiente	1.2.4 Erreurs dans les résultats (délivrance des résultats) ou la gestion des résultats
	RMM EI 2	Patient diabétique non compliant, amputation de l'orteil malgré passage IDE et une consultation aux urgences en amont	2.2.4 Autres erreurs non spécifiées de gestion de prise en charge

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

C39	RMM EI 1	Erreur de posologie (levothyrox) à cause du logiciel	1.3.1 Erreurs dans la rédaction de l'ordonnance informatisée ou dans le tableau des médicaments
	RMM EI 2	Interaction médicamenteuse IRS/antiH1, risque cardiaque	2.2.1 Erreurs dans la prise en charge médicamenteuse
	RMM EI 3	Intolérance médicamenteuse (troubles digestifs) suite instauration ADO trop brutale chez DNID	2.2.1 Erreurs dans la prise en charge médicamenteuse
C45	CREX 1	Prise en charge urgente d'un patient, dans la précipitation au téléphone en milieu de consultation, évolution vers défaillance multiviscerale et hospitalis°	2.2.4 Autres erreurs non spécifiées de gestion de prise en charge
	CREX 2	Erreur de retranscription de l'ordonnance par l'interne et délivrance par la pharmacie du mauvais traitement	1.3.1 Erreurs dans la rédaction de l'ordonnance informatisée ou dans le tableau des médicaments
	CREX 3	Erreur de traitement sur l'ordonnance, suite à modification du cardiologue non retranscrite	1.3.1 Erreurs dans la rédaction de l'ordonnance informatisée ou dans le tableau des médicament
	CREX 4	Non délivrance du traitement par la pharmacie malgré demande par fax de l'IDE, chez un patient isolé	1.3.3 Erreurs d'administration ou de délivrance des médicaments
	CREX 5	Retard de prise en charge d'une anomalie du bilan thyroidien	1.2.4 Erreurs dans les résultats (délivrance des résultats) ou la gestion des résultats
	RMM EI 1	Oubli de prise en compte d'un résultat d'ECBU positif chez un patient non traité	1.2.4 Erreurs dans les résultats (délivrance des résultats) ou la gestion des résultats
	RMM EI 2	Risque de surdosage médicamenteux suite à ajout d'un traitement par néphrologue, déjà existant sur l'ordonnance de fond	2.2.1 Erreurs dans la prise en charge médicamenteuse
	RMM EI 3	Intéraction médicamenteuse grave, association de methadone et naltrexone chez un patient toxicomane	2.2.1 Erreurs dans la prise en charge médicamenteuse
	RMM EI 4	Trafic de médicaments par photocopiage d'ordonnance, consommation non controlée	1.1.9 Erreurs liées au fonctionnement du cabinet ou au système de soins, non précisées ailleurs
C46	CREX 1	Méconnaissance du diagnostic posé aux urgences chez un patient portugais non francophone consultant pour des séances de kiné	1.5.5 Autres erreurs de communication ou de processus de soins non spécifiées
	CREX 2	Multiplication des intervenants au domicile d'une patiente en post partum (MG, gyneco, SF, etc)	1.5.5 Autres erreurs de communication ou de processus de soins non spécifiées
	CREX 3	Non signalement d'une douleur thoracique chez un patient en séance d'Activité Physique Adaptée avec un angor et anomalie cardiaque avérée à l'examen	2.2.4 Autres erreurs non spécifiées de gestion de prise en charge
	CREX 4	Absence de résultats d'ECBU demandé pour suspicion de PNA, chez une patiente consultant un autre médecin que son MT	1.2.4 Erreurs dans les résultats (délivrance des résultats) ou la gestion des résultats
	CREX 5	Aggravation d'ulcère variqueux remarqué par le kiné, malgré passage IDE et MG.	2.2.4 Autres erreurs non spécifiées de gestion de prise en charge
	RMM EI 1	Chute suivi de décès chez une patient polymédiquée par plusieurs prescripteurs dont CMP (psychotropes), avec automédication de la patiente et tendance à surconsommation	2.2.1 Erreurs dans la prise en charge médicamenteuse
	RMM EI 2	Thrombose artérielle suite à interruption des anticoagulants avant une chirurgie demandée par le chrirugien sans consultation du MT	2.2.1 Erreurs dans la prise en charge médicamenteuse

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

C57	CREX 1	Erreur de prise médicamenteuse chez famille étrangère, administration excessive de vitamine K pour nourrisson	1.3.3 Erreurs d'administration ou de délivrance des médicaments
	CREX 2	Absence de médecin dans la structure pour la permanence des soins non programmés, veille de weekend, pendant les congés des médecins	1.1.7 Erreurs liées aux soins dispensés hors des horaires habituels ou en cas d'insuffisance de personnel disponible
	CREX 3	Absence de suivi biologique suite à l'introduction d'un traitement immunosuppresseur par spécialiste pour une RCH, et suivi dans le cabinet par 4 MG différents	1.5.5 Autres erreurs de communication ou de processus de soins non spécifiées
	CREX 4	Risque de grossesse non désirée par non délivrance d'une contraception par la pharmacie pour conviction religieuse	1.3.3 Erreurs d'administration ou de délivrance des médicaments
	CREX 5	Hyperkaliémie suite à hémolyse dûe à mauvais prélèvement et retard d'acheminement	1.2.5 Erreurs liées à des examens complémentaires autres que celles déjà citées
	RMM EI 1	Hématome suite à automédication d'injection IM d'AINS chez le mari d'une IDE, sous Xarelto.	1.3.4 Erreurs liées à l'automédication du patient
	RMM EI 2	Surdosage en AVK à l'initiation du traitement, en EHPAD	2.2.1 Erreurs dans la prise en charge médicamenteuse
	RMM EI 3	Erreur de posologie des AVK suite à ordonnance de régularisation prescrite précipitamment entre 2 consultations	1.3.2 Autres erreurs de prescription médicamenteuse ou d'enregistrement dans le dossier du patient
C60	CREX 1	Impossibilité de renouveler le traitement du rhumatologue par manque d'information dans le dossier de la patiente qui n'a pas amené son ancienne ordonnance	1.5.4 Erreurs de communication avec les autres professionnels de soins
	CREX 2	Absence de traitement antihypertenseur au cabinet pour donner à un patient dont on découvre une HTA fortuitement.	1.1.6 Erreurs dans la maintenance d'un environnement (de soin) sûr
	CREX 3	Difficulté d'adaptation de l'INR (défaut d'observance et résultats non vus)	2.2.1 Erreurs dans la prise en charge médicamenteuse

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

<u>Annexe 8</u> : Tableau synthétique des données issues des comptes-rendus de CREX et RMM (3 pages).

(Page suivante)

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Qualité de l'analyse de l'EI non pertinente (cf méthode de cotation)
Qualité de l'analyse de l'EI partiellement pertinente
Qualité de l'analyse de l'EI pertinente

CENTRE	type structure	CREX		Pertinence choix EI	Nature de l'EI selon la *TAPS taxonomy (v3)*	CADYA 1	CADYA 2	CADYA 3	CADYA 4	CADYA 5	CADYA 6	Nombre de facteurs favorisants
C1	PSP	CREX 1		0	1.1.7							0
		CREX 2		1	1.1.8							0
		CREX 3		1	1.1.2	1.2.01	4.3.01	1.2.03	2.1.07			4
		CREX 4		2	1.3.2	4.3.01	3.2.01	2.2.03				3
		CREX 5		1	1.1.8	2.1.03	3.2.02					2
		RMM	EI 1	2	1.3.3	2.2.07	4.3.01					2
C8	MSP	CREX 1		2	1.5.5	1.2.03	1.2.01	1.4.01	4.3.01			4
		CREX 2		1	1.1.2	1.3.00	4.2.02	1.2.03	2.3.01			4
		CREX 3		0	1.1.2	4.3.01	1.2.03					2
		CREX 4		1	1.5.5	4.1.01	4.2.02					2
		CREX 5		1	1.1.6	2.1.03	4.2.02					2
		RMM										
C10	MSP	CREX 1		2	2.1.3	1.4.02	4.3.01	2.2.03				3
		CREX 2		1	1.1.9	1.4.02	1.2.02	4.3.01				3
		CREX 3		1	1.1.5	3.1.01	1.2.02					2
		CREX 4		2	1.3.2	3.2.01	1.2.01					2
		CREX 5		2	1.1.9	1.4.01	1.2.01	2.2.08				3
		RMM	EI 1	2	1.1.9	4.2.02	1.2.02					2
			EI 2	2	1.2.2	1.2.03	2.1.14	2.2.08				3
C19	MSP	CREX 1		1	1.1.9	2.2.11	2.3.05	3.2.01				3
		CREX 2		1	1.2.1	2.1.03	1.3.00	3.2.02				3
		CREX 3		2	1.5.2	2.1.03	3.2.02					2
		CREX 4		2	1.5.3	4.3.02	2.2.07	4.1.01				3
		CREX 5		2	2.2.4	2.2.03	2.1.01	4.3.01				3
		RMM	EI 1	2	2.2.1	4.3.01	2.4.02	1.1.00	4.2.01			4
C21	MSP	CREX 1		0	1.1.9	1.2.03	1.4.02					2
		CREX 2		1	1.1.9	2.2.06	1.1.00	3.1.01				3
		CREX 3		2	1.1.3	2.3.06	3.2.01	1.2.03	1.4.02			4
		CREX 4		1	1.1.9	1.2.02	2.2.06					2
		CREX 5		1	1.1.9	1.2.01	2.2.08	2.2.04				3
		RMM	EI 1	0	1.1.3	3.2.01	1.1.00					2
			EI 2	0	1.1.3	3.2.01	3.1.02	2.1.03				3
C27	MSP	CREX 1		1	1.1.9							0
		CREX 2										
		CREX 3										
		CREX 4										
		CREX 5										
		RMM										
C31	Centre de Santé	CREX 1		2	1.3.5	4.3.01	2.2.02	2.1.03				3
		CREX 2		2	1.1.8	4.3.01	4.2.02	1.2.02	1.1.00			4
		CREX 3		2	2.2.4	1.4.02	4.3.01	2.1.03	4.2.01			4
		CREX 4		1	1.4.2	1.2.02	4.3.01	3.1.01	1.2.03			4
		CREX 5		2	1.3.3	2.2.07	4.3.01	4.2.02	4.2.01			4
		RMM	EI 1	2	1.2.4	4.3.01	3.2.02	4.3.03				3
			EI 2	2	2.2.4	2.2.02	1.1.00	4.3.01	1.2.03	2.1.12		5
C39	CMS	CREX 1										
		CREX 2										
		CREX 3										
		CREX 4										
		CREX 5										
		RMM	EI 1	2	1.3.1	3.1.02	2.2.03					2
			EI 2	2	2.2.1	1.3.00	2.2.03					2
			EI 3	2	2.2.1	4.1.01						1
C45	PSP	CREX 1		2	2.2.4	1.2.01	2.1.05	1.2.03				3
		CREX 2		2	1.3.1	4.2.02	4.1.01	2.2.07	4.3.01	2.3.12		5
		CREX 3		1	1.3.1	4.3.01	4.3.02	2.1.01				3
		CREX 4		0	1.3.3							0
		CREX 5		2	1.2.4	3.1.02	4.3.01	1.2.03				3
		RMM	EI 1	2	1.2.4	4.3.02	2.1.03					2
			EI 2	2	2.2.1	4.3.01	2.2.03	4.2.01				3
			EI 3	2	2.2.1	2.1.03	4.1.01	2.3.01				3
			EI 4	0	1.1.9	3.1.02	4.3.02					2
C46	PSP	CREX 1		1	1.5.5							0
		CREX 2		0	1.5.5	4.3.01	4.1.01	1.2.02				3
		CREX 3		1	2.2.4							0
		CREX 4		2	1.2.4							0
		CREX 5		0	2.2.4	2.1.03	1.2.03	4.1.01	4.3.01			4
		RMM	EI 1	2	2.2.1	4.3.01	4.3.02					2
			EI 2	2	2.2.1							0
C57	réseau de santé	CREX 1		2	1.3.3	1.1.00	3.1.02	4.3.01				3
		CREX 2		2	1.1.7	4.3.01	2.1.14	1.2.01	1.4.01			4
		CREX 3		2	1.5.5	4.3.01	1.4.01	4.2.02				3
		CREX 4		0	1.3.3	2.3.15	2.3.12	4.2.01	4.3.01			4
		CREX 5		2	1.2.5	4.2.01	3.1.01	1.3.00	1.2.02	2.2.02		5
		RMM	EI 1	2	1.3.4	4.2.01	2.2.03	3.2.01	4.2.02	1.1.00		5
			EI 2	2	2.2.1	4.1.01	3.2.01					2
			EI 3	1	1.3.2	2.1.09	2.2.02					2
C60	CMS	CREX 1		1	1.5.4	2.1.12	3.2.01	1.4.01	2.2.02			4
		CREX 2		1	1.1.6	3.1.01	1.2.03					2
		CREX 3		2	2.2.1	2.2.07	1.2.03	2.2.02	3.2.01			4
		CREX 4										
		CREX 5										
		RMM										

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Qualité de la proposition d'action non pertinente (cf méthode de cotation)
Qualité de la proposition d'action partiellement pertinente
Qualité de la proposition d'action pertinente
Données non évaluables

Action corrective 1			Action corrective 2			Action corrective 3			Action corrective 4			Action corrective 5			Nb d'actions proposées	Nb d'actions réalisées	Nb d'actions suivies
classification	qualité du suivi	réalisation?	classification	qualité du suivi	réalisation?	classification	qualité du suivi	réalisation?	classification	qualité du suivi	réalisation?	classification	qualité du suivi	réalisation?			
3.1.3	2	oui	3.4.2	2		3.4.2	2								3	1	
3.4.2	2	oui	2.2.3	2	oui	2.2.3	2	oui							3	3	3
2.2.2	2	oui	3.3.1	2	oui	3.3.1	2	oui							3	3	6
2.2.2	2	oui	1.3.0	2		3.4.1	2	oui							3	2	9
3.4.1			3.4.1			2.2.2			3.4.2						4		12
2.2.2			2.2.2			3.1.3									3		
2.2.2	2	oui	1.2.2	0		3.3.1	0								3	1	
3.3.1	2	oui													1	1	0
3.3.1	1	oui													1	1	0
3.4.2	1	oui	3.4.2	1	oui										2	2	0
3.4.1			4.0.0												2		5
2.2.1	2	oui	1.1.0	2	oui	1.2.1	2	oui							3	3	
2.2.3	2	oui	1.2.1	2	oui	2.2.2	2	oui							3	3	3
2.2.2	1	oui	2.2.2	1	oui	3.2.3	1	oui							3	3	6
2.2.2	2	oui	2.2.2	2	oui										2	2	9
3.2.1			3.4.1			2.2.2									3		11
3.1.1			3.4.1												2		
1.3.0			1.3.0												2		
3.3.1	1	oui	3.1.3	1	oui	3.4.1	1	oui							3	3	
2.2.2	1	oui	1.3.0	1	oui										2	2	3
3.1.3	1	oui	3.1.3	1	oui	2.2.2	1	oui							3	3	3
3.1.3	1	oui													1	1	3
3.1.3			3.1.3												2		1
1.3.0			1.3.0			1.3.0			3.3.1						4		
2.2.2	0		2.2.2	0		3.4.1	0								3	0	
2.2.3	1	oui	2.2.3	1	oui	2.1.0	1								3	2	0
1.1.0	1	oui	1.3.0	0											2	1	3
1.3.0	1		1.1.0	0		4.0.0	1								3	0	2
3.4.1			3.4.1												2		0
1.3.0															1		
1.3.0			2.2.2			1.2.1									3		
2.2.2	0														1	0	
3.1.3	2	oui	3.1.2	2	oui	4.0.0	2	oui							3	3	
3.2.1	2	oui	1.0.0	2	oui	1.2.1	2								3	2	3
1.3.0	2	oui	1.3.0	2		3.1.3	2	oui	3.3.1	2					4	2	6
2.2.3	2	oui	1.1.0	2											2	1	10
3.1.1			3.4.1												2		12
3.4.2			1.1.0			2.2.2									3		
3.4.1															1		
2.2.2															1		
1.1.0															1		
1.3.0			1.1.0												2		
1.3.0	0		1.2.1	0		1.3.0	0								3	0	
1.2.1	0		1.1.0	0		1.3.0	0								3	0	0
3.4.1	0		2.2.2	0		3.4.1	0								3	0	0
3.4.1	0		1.3.0	0		1.3.0	0								3	0	0
1.2.2			3.1.3												2		0
3.4.1			3.4.1												2		
3.1.3															1		
2.2.2															1		
2.2.2			3.4.2												2		
3.4.2	1		3.4.2	0											2	0	
3.3.2	1	oui	1.1.0	0											2	1	0
3.1.3	1		2.2.1	0											2	0	0
1.3.0	0		3.4.2	0											2	0	3
1.2.1			3.1.3			3.1.3									3		0
3.1.3															1		
3.4.1			3.1.3												2		
3.4.2	2	oui	1.3.0	2	oui	3.4.2	1	oui							3	3	
3.1.1	2		3.1.1	1		3.4.2	0		4.0.0	0					4	0	0
2.2.2	1		3.4.2	1	oui	3.4.2	0		3.4.2	0					4	1	0
3.4.1	0		3.4.2	0		3.3.2	0								3	0	7
1.3.0			3.1.3			1.1.0									3		0
4.0.0			3.4.2			4.0.0			1.3.0						4		
3.4.1			1.3.0			1.1.0									3		
3.1.3			3.3.2												2		
3.4.1	0		3.4.2	0		1.2.1	0								3	0	
3.1.1	1		2.2.1	2	oui	1.3.0	1								3	1	?
3.4.2	0		4.0.0	0		3.1.3	0								3	0	5

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Durée(min)	délai depuis réunion précédente	Nb participants	Professions des participants		Nb d'EI dans la base à cette date	Nb d'EI déclaré par centre	N° de l'EI	Pilote analyse		Pilote action corrective		CR suivant modèle?	Nb de sections complétées (/10)		chronologie en 3 tps?	Format transmission	
	(en j)		nombre	lesquelles:				Nb de pilotes différents	profession	Nb de pilotes différents	profession		support analyse (/7)	CR (/3)		support analyse	CR
30		12	7	4 MG dont 1 IMG, 2 IDE, 1 MKDE, 1 pharma, 1 podo, 1 diet, 2 psycho	89	139	78	3	?	3	MG	oui	6	3	oui	manuscrit	numérique
30	35	8	5	3 MG, 1 IDE, 1 MKDE, 1 pharma, 2 psycho	91		82		?		MG	oui	0	3	non	?	numérique
60	6	5	?	?	91		79		MG		MG	oui	7	3	non	numérique	numérique
60	15	11	6	3 MG, 2 IDE, 2 MKDE, 2 psycho, 1 diet, 1 ostéo	101		98		IDE		MKDE	oui	7	2	oui	manuscrit	numérique
60	105	9	8	2 MG, 1 IDE, 1 MKDE, 1 pharma, 1 diet, 1 psycho, 1 ostéo, 1 podo	124		119		MG		?	oui	6	3	non	manuscrit	numérique
60	49	9	7	2 MG, 2 IDE, 1 MKDE, 1 diet, 1 pharma, 1 psycho, 1 ostéo	125				IDE		MG	oui				manuscrit	numérique
60		6	4	1 MG, 2 MKDE, 2 IDE, 1 coordinateur	1	15	1	4	MG	?	?	oui	7	1	oui	numérique	numérique
60	27	6	4	2 MG dont 1 IMG, 1 MKDE, 2 IDE, 1 coordinateur	2		2		MKDE		?	oui	5	1	oui	numérique	numérique
60	42	5	4	1 MG, 2 MKDE, 1 IDE, 1 coordinateur	4		3		MKDE		?	oui	7	1	oui	numérique	numérique
60	105	5	4	1 MG, 2 MKDE, 1 IDE, 1 coordinateur	9		5		IDE		?	oui	7	1	oui	numérique	numérique
60	203	6	4	1 MG, 2 MKDE, 2 IDE, 1 coordinateur	14		10		MKDE		?	oui	7	2	oui	numérique	numérique
60		7	3	4 IDE, 2 pharma, 1 MG	18	44	16	4	IDE	4	IDE	oui	7	3	oui	manuscrit	manuscrit
70	25	6	2	4 IDE, 2 pharma	18		15		IDE		IDE	oui	7	3	oui	manuscrit	manuscrit
90	44	8	5	2 IDE, 3 MG dont 2 IMG, 1 secrétaire, 1 coordinateur, 1 pharma	22		9		MG		MG	oui	7	3	oui	manuscrit	manuscrit
60	98	8	4	1 IDE, 3 MG dont 2 IMG, 3 pharma, 1 secrétaire	28		18		MG		? (Billeaud C)	oui	7	3	oui	manuscrit	manuscrit
70	58	8	4	1 IDE, 2 MG, 3 pharma, 2 secrétaire	35		5		? (Billod F)		MG	oui	7	2	oui	manuscrit	manuscrit
105	13	14	5	7 IDE, 2 MG, 3 pharma, 1 MKDE, 1 SF	37		34 25					oui					manuscrit
60		6	4	3 MG, 1 IDE, 1 ortho, 1 diet	8	11	2	4	MG	5	MG	oui	5	3	non	numérique	numérique
60	28	7	4	3 MG, 2 IDE, 1 ortho, 1 diet	8		8		MG		MG	oui	7	3	non	numérique	numérique
60	56	5	3	3 MG, 1 IDE, 1 diet	9		9		MG		IDE	oui	7	3	oui	numérique	numérique
75	35	6	4	3 MG, 1 IDE, 1 ortho, 1 diet	9		10		ortho		MG	oui	7	3	oui	numérique	numérique
60	21	6	4	3 MG, 1 IDE, 1 ortho, 1 diet	11		11		MG		IDE	oui	7	3	oui	numérique	numérique
45	42	6	4	2 MG, 2 IDE, 1 ortho, 1 diet	11		3					oui					numérique
?		8	2	7 MG, 1 accueillant	22	29	4	5	MG	3	?	non	6	0	oui	numérique	numérique
60	70	9	2	8 MG, 1 ortho	24		18		MG		?	oui	7	2	oui	numérique	numérique
60	42	5	1	5 MG	27		11		MG		MG	oui	7	3	oui	numérique	numérique
60	35	5	1	5 MG	27		17		MG		MG	oui	7	3	oui	numérique	numérique
60	14	6	1	6 MG	27		27		MG		MG	oui	7	1	oui	numérique	numérique
90	84	12	1	12 MG dont 2 IMG et 1 externe	29		21 7					oui					manuscrit
60		3	?	?	1	1	1	?	?	?	?	non	0	2	non		manuscrit
60		9	3	4 MG, 3 IDE, 2 secrétaires	34	48	?	5	MG	4	?	oui	7	3	oui	numérique	numérique
60	27	11	3	4 MG, 3 IDE, 4 secrétaires	38		21		MG		secrétaire	oui	7	3	oui	numérique	numérique
90	28	10	3	5 MG, 3 IDE, 2 secrétaires	42		25		secrétaire		MG	oui	7	3	oui	numérique	numérique
90	28	10	3	6 MG dont 1 IMG, 3 IDE, 1 secrétaire	43		34		IDE		IDE	oui	7	3	oui	numérique	numérique
?	29	7	3	3 MG, 3 IDE, 1 secrétaire	46		36		MG		MG	oui	7	3	oui	numérique	numérique
120	27	11	4	4 MG, 5 IDE, 1 secrétaire, 1 directrice	47		37 48					oui					numérique
						24											
90	?	3	2	2 MG, 1 IDE	22		15 4 13					oui					manuscrit
60		11	3	5 MG dont 1 IMG, 2 pharma, 3 IDE (+?)	17	26	17	5	MG	?	?	oui	7	3	oui	manuscrit	manuscrit
60	40	8	3	6 MG dont 1 IMG, 1 pharma, 1 IDE	19		18		MG		?	oui	7	2	oui	numérique	manuscrit
?	56	11	3	7 MG dont 2 IMG, 3 IDE, 1 pharma	21		19		pharma		?	oui	7	2	oui	manuscrit	manuscrit
60	63	11	3	7 MG dont 2 IMG, 2 IDE, 2 pharma	22		?		IDE		?	oui	6	2	oui	manuscrit	manuscrit
60	23	10	3	7 MG dont 2 IMG et 1 ext, 2 pharma, 1 IDE	26		23		pharma		?	oui	7	1	oui	manuscrit	manuscrit
120	0	?	?	?	26		26 25 ? ?					non					numérique
60		11	7	4 MG, 1 pharma, 1 psycho, 2 IDE, 1 MKDE, 1 diet, 1 SF	12	35	5	4	IDE	4	MG	oui	3	3	non	numérique	manuscrit
60	32	7	5	2 MG, 2 SF, 1 diet, 1 pharma, 1 IDE	13		13		MG		MG	oui	6	2	oui	manuscrit	manuscrit
?	31	10	6	5 MG, 1 pharma, 1 psycho, 1 biologiste, 1 IDE, 1 SF	18		7		pharma		MG	oui	4	1	non	manuscrit	manuscrit
60	115	11	7	3 MG, 1 pharma, 1 diet, 1 biologiste, 2 SF, 1 kiné, 2 IDE	31		22		diet		MG	oui	4	1	oui	manuscrit	manuscrit
60	35	10	6	3 MG, 2 SF, 1 pharma, 2 IDE, 1 labo, 1 diet	34		32		?		IDE	oui	6	1	oui	manuscrit	manuscrit
120	84	12	6	4 MG, 2 pharma, 1 biologiste, 2 SF, 1 MKDE, 2 IDE	35		14 15					oui					manuscrit
?		8	4	5 MG dont 1 IMG, 1 coordinateur, 1 IDE, 1 pharma	23	35	19	5	pharma	4	MG	oui	7	1	oui	manuscrit	numérique
90	43	11	4	6 MG dont 1 IMG, 1 coordinateur, 1 pharma, 3 IDE	25		22		MG		MG	oui	7	0	oui	numérique	
?	42	11	4	6 MG dont 1 IMG, 3 IDE, 1 podologue, 1 pharma	28		20		MG		MG	oui	7	1	oui	manuscrit	manuscrit
120	56	12	4	6 MG dont 2 IMG, 4 IDE, 1 pharma, 1 coordinatrice	30		30		MG		?	oui	6	2	non	numérique	manuscrit
?	63	11	3	4 MG dont 1 IMG, 5 IDE, 1 biologiste, + ?	32		17		IDE		biologiste	oui	7	1	oui	manuscrit	manuscrit
120	91	18	6	8 MG dont 2 IMG et 1 externe, 4 IDE, 2 pharma, 1 biologiste, 1 coordinateur, 1 responsable ARS (+?)	34		33 34 27					oui					manuscrit
60		5	2	4 MG, 1 IDE	21	26	21	2	MG	?	?	oui	7	2	oui	manuscrit	manuscrit
60	46	6	2	3 MG, 3 IDE	24		3		IDE		?	oui	7	2	oui	manuscrit	manuscrit
60	129	10	2	6 MG, 4 IDE	26		25		?		?	oui	4	2	oui	manuscrit	manuscrit

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)

Université Claude Bernard Lyon 1

UFR de MEDECINE LYON-EST

Mise en place de CREX et de RMM en soins primaires. Analyse préliminaire des comptes-rendus de l'étude PRisM

Auteur : BRAULT Grégoire, sous la direction de CHANELIERE Marc
101 pages, 6 figures, 8 tableaux
Thèse de médecine générale. Année 2017 - N°267

RESUME :
Les réunions de retour d'expérience, sous forme de CREX (Comité de Retour d'Expérience) et RMM (Revue de Morbi Mortalité), en soins primaires sont des dispositifs récents de prise en charge des Evènements Indésirables Associés aux Soins (EIAS), visant à promouvoir la culture de sécurité des patients. L'étude PRisM a pour but d'évaluer l'efficacité d'un programme de gestion des risques, incluant une formation e-learning et un cycle de 5 CREX et 1 RMM, sur le signalement des EIAS en soins primaires dans des structures de soins pluriprofessionnelles.
Notre travail a consisté en une étude descriptive des comptes-rendus de ces réunions, sur la forme et le contenu, selon les critères de la Haute Autorité de Santé (HAS), afin de proposer secondairement, dans le but d'en améliorer la mise en place, une éventuelle modification des outils fournis par le programme.
Au total, les comptes-rendus de 49 CREX et 9 RMM, effectués dans 12 centres de soins, ont concerné majoritairement des EIAS liés à des défauts organisationnels dont les facteurs favorisants ont souvent été associés aux processus de soins et aux facteurs humains. Ces résultats sont comparables avec ceux d'autres études telle ESPRIT.
Les modalités de réalisation des CREX et RMM expliquées lors de la formation e-learning ont été globalement bien respectées, avec une participation effective pluriprofessionnelle tendant à la surreprésentation des médecins généralistes. Ces données tendent à confirmer la faisabilité quant à la réalisation de CREX et RMM en médecine de ville.
Les intervenants ont cependant semblé rencontrer des difficultés dans l'identification des facteurs favorisants en profondeur par l'intermédiaire de la classification standardisée CADYA (Catégories de Dysfonctionnements en Ambulatoire), et également dans la mise en place d'un suivi rigoureux et dans le temps des mesures correctives décidées en réunion.
Deux améliorations à apporter au programme de gestion des risques nous semblent alors envisageables : tout d'abord, le développement d'un logiciel d'analyse des EIAS type « CADYA facile », actuellement en cours de développement, puis une aide logistique et institutionnelle concrète comme par exemple une personne ressource experte en gestion des risques (Structures Régionales d'Appui, Agences Régionales de Santé) qui pourrait faciliter la mise en place des CREX/RMM et le suivi des mesures correctives dans les structures de soins primaires.

MOTS CLES :
Evènements indésirables Associés aux Soins (EIAS), Soins primaires, Comités de Retour d'Expérience (CREX), RMM (Revue de Morbi Mortalité), Catégories de Dysfonctionnements en Ambulatoire (CADYA), culture de sécurité

JURY :
Président: Pr COLIN Cyrille
Membres assesseurs: Pr MICHEL Philippe
Pr PIRIOU Vincent
Dr CHANELIERE Marc (directeur de thèse)
Membre invité : Mme POYAU Karine

DATE DE SOUTENANCE : 05 octobre 2017

ADRESSE DE L'AUTEUR : 305 chemin de Suze, 26800 Etoile-sur-Rhône (gregoirebrault01@gmail.com)

BRAULT
(CC BY-NC-ND 2.0)