

Revue de morbi-mortalité ville-hôpital : une expérience innovante pour analyser les événements indésirables sur le parcours des patients

Jean-Michel Oriol^{1,2}, Claire Chabloz², Cyrille Colin²

1- Médecin généraliste, Septème (Isère)

2- Coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en Auvergne-Rhône-Alpes (Cepraal), Lyon

✉ Dr Jean-Michel Oriol – Cabinet médical – 9, rue Gabriel-Veyre – 38780 Septème – E.mail : jmi.oriol@wanadoo.fr

Les événements indésirables associés aux soins (EIAS) ont été dans un premier temps étudiés à l'hôpital. En France, les études ENEIS de 2004 et 2009 ont montré que les événements indésirables graves (EIG) sont fréquents en établissement de santé (270 000 à 390 000 EIG par an en France) et qu'une partie d'entre eux provient de dysfonctionnement en ville (4,5 % des

hospitalisations sont motivées par un EIG lié aux soins ambulatoires) [1]. Un tiers à la moitié de ces EIG serait évitable. Ceci a conduit au déploiement des démarches d'amélioration de la qualité parmi lesquelles les revues de mortalité et de morbidité (RMM), y compris en médecine générale [2] et les comités de retour d'expérience largement déployés dans les établissements de

Résumé

L'analyse des événements indésirables (EI) associés aux soins s'est développée tout d'abord à l'hôpital où elle est largement utilisée comme méthode d'amélioration de la sécurité des soins. Elle commence seulement à émerger en médecine de ville et dans le secteur médicosocial (Ehpad). Il est connu que les points de transition sur le parcours de soins sont particulièrement à risque pour les patients. Après une expérience réussie de revue de morbi-mortalité (RMM) pluriprofessionnelle en médecine de ville, nous avons utilisé la même méthodologie pour expérimenter une RMM ville-hôpital (RMM-VH) qui a réuni des professionnels de santé exerçant sur un même territoire mais en des lieux différents du parcours de soins: pour les uns en ville et pour les autres à l'hôpital. Ces RMM-VH avaient pour objectif d'analyser des EI survenus lors de prises en charge impliquant les deux lieux de soins. Cet article décrit la mise en place et les résultats de cette expérimentation menée entre 2013 et 2015 sur le bassin de santé de la ville de Vienne (Isère). Les résultats de l'évaluation démontrent la faisabilité et l'intérêt des RMM-VH qui ont permis en particulier d'améliorer la communication et la coopération entre les professionnels en ville et à l'hôpital. Chaque EI analysé a en effet débouché sur au moins une action d'amélioration qui a pu être rapidement mise en place. Nous recommandons la promotion et la mise en place de RMM-VH, un outil pertinent et efficace pour améliorer la sécurité du parcours de soins.

Mots-clés : Événement indésirable associé aux Soins – Revue de Morbi-Mortalité – Médecine de Ville – Hôpital.

Abstract

Review of community/hospital mortality and morbidity: an innovative analysis of adverse events occurring during the course of patient care

The analysis of care-related adverse events was first developed in hospitals where it is now broadly used to improve the safety of patient care. Its application to community care and the medico-social field (nursing homes) is fairly recent. It is a well known fact that times of transition between different healthcare settings present numerous risks for the patient. After a successful implementation in community medicine of morbidity and mortality reviews (MMR) by different healthcare professionals, we applied the same method to our review of community/hospital morbidity and mortality (CIH-MM review) which involved healthcare professionals practising within the same geographical area but in different care settings, i.e. in the community for some and in hospital for others. These CH-MM reviews were aimed at analysing adverse events (AE) occurring during the management of patients involving both care settings. This article describes the implementation and outcomes of this experiment undertaken between 2013 and 2015 in the French healthcare area of Vienne (Isère). The results of our evaluation demonstrate the feasibility and interest of CIH MM reviews which have notably improved communication and cooperation between hospital- and community-based healthcare professionals. Each AE analysed did indeed lead to at least one remedial action which was promptly implemented. We recommend the promotion and implementation of CIH MM reviews as this tool is both relevant and effective for the improvement of healthcare safety.

Keywords: Care-related Adverse Events – Morbidity and Mortality Review – Community Medicine – Hospital Care.

santé. Ces méthodes sont encore peu utilisées dans le champ des soins primaires ou le secteur médicosocial, dont les professionnels ne sont pas soumis aux mêmes obligations d'évaluations que les hospitaliers. Pourtant nous savons que des EIAS surviennent tout au long du parcours des patients et que les points de transition entre les lieux de soins sont particulièrement à risque pour les patients [3].

La Coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en Auvergne-Rhône-Alpes (Cepraal) a conduit entre 2010 et 2012 une expérimentation de RMM pluriprofessionnelle (RMM-PPa) en médecine de ville, publiée par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2013 [4]. Elle a montré que la méthode était applicable dans des groupes pluriprofessionnels non rompus aux méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) avec des conclusions positives en termes de faisabilité et de satisfaction des participants. Cette première expérimentation a permis de construire une grille d'analyse des EIAS dénommée catégorisation des dysfonctionnements en ambulatoire (CaDyA) (Figure 1). Dérivée de la grille Alarm, mais mieux adaptée à l'exercice de ville, elle a rapidement été adoptée par la HAS après publication [5]. Cette méthode RMM-PPa a été inscrite au Programme national sécurité du patient (PNSP) 2013-2017 [6]. L'expérimentation a également mis en évidence de nombreuses situations d'EIAS survenus sur le parcours de patients ayant transité par un établissement de santé. Or dans ces cas, la qualité de l'analyse et les pistes d'amélioration à mettre en place étaient incomplètes en l'absence des professionnels hospitaliers.

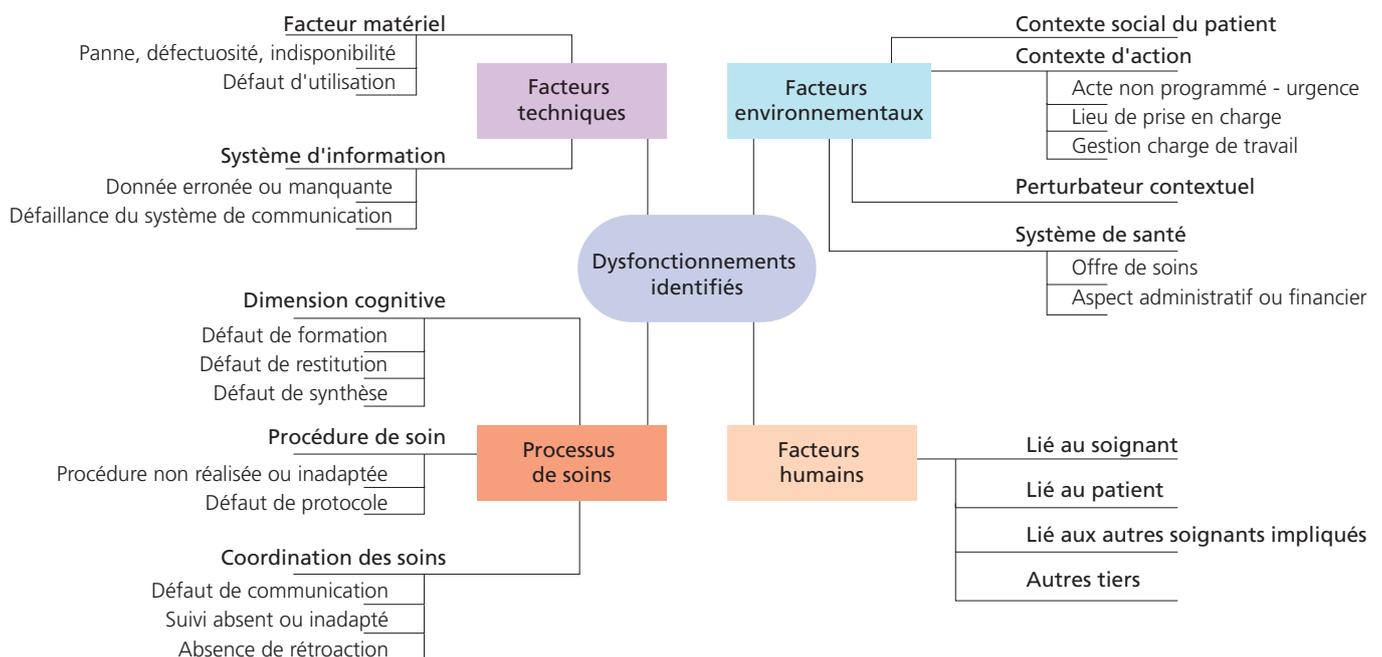
Un travail complémentaire sur l'articulation entre « la ville » et « l'hôpital » est donc apparu nécessaire pour traiter les EIAS en lien avec le parcours des patients. Nous avons décidé de nous appuyer sur l'expérience acquise au cours de cette première expérimentation pour tester la méthode des RMM avec un groupe constitué de professionnels hospitaliers et libéraux, partageant des patients sur le même territoire. Nous avons appelé cette méthode les RMM ville-hôpital (RMM-VH). Cet article présente les résultats de l'expérimentation d'une RMM-VH dans un bassin de santé du département de l'Isère et les premiers éléments d'évaluation disponibles.

Méthode

Choix du bassin de santé

Afin de bénéficier de l'expérience antérieure du médecin généraliste (MG) responsable de l'expérimentation des RMM-PPa, le choix du bassin de santé s'est porté sur celui de son exercice : le bassin de Vienne (Isère). Ce territoire de 70 000 personnes et 18 communes, comprend 70 MG, le centre hospitalier (CH) Lucien-Hussel, Vienne dans lequel travaillent environ 180 praticiens (136 équivalents temps plein) et une clinique exclue de l'expérimentation du fait de son activité exclusivement chirurgicale. Environ 14 500 personnes, soit 21 % de la population de l'agglomération viennoise, transitent par le CH Lucien-Hussel chaque année (source : Observatoire régional de santé Rhône-Alpes, 2013).

Figure 1 – Grille CaDyA – Présentation heuristique.



Recrutement des professionnels

Deux risques potentiels se présentaient :

- Un nombre de participants trop important si les paramédicaux étaient inclus avec les médecins. Le nombre de professionnels présents à chaque réunion ne devant pas excéder vingt, il a été décidé de limiter le recrutement aux seuls médecins, au moins dans un premier temps.
- Un déséquilibre numérique entre les professionnels hospitaliers et libéraux. Pour des raisons pratiques les réunions avaient lieu dans les locaux de l'hôpital, ce qui était susceptible d'accentuer une sur-représentation des praticiens hospitaliers déjà en surnombre. Afin d'encourager la participation des médecins libéraux, les réunions avaient lieu en soirée. En complément, le rôle de l'association de formation médicale continue (FMC) locale a été déterminant afin d'encourager les médecins libéraux à s'engager dans la démarche.

Le recrutement des participants hospitaliers a été réalisé avec le soutien du président de la commission médicale d'établissement du CH Lucien-Hussel et sous la forme d'un appel à volontariat auprès de l'ensemble des praticiens.

Les médecins libéraux étaient défrayés pour leur participation à du programme de développement professionnel continu (DPC) associé au projet. Pour l'ensemble des médecins, l'agence régionale de santé (ARS), avait prévu d'indemniser les participants, personnellement ou *via* le CH, et de contribuer à la prise en charge de la logistique des réunions. Cela dans le cadre d'une convention avec le Cepraal et sur un budget fléché par la Directions générale de l'offre de soins, dans le cadre du PNSP (action n° 38).

Les outils de la RMM

Une procédure RMM-VH a été rédigée sur le modèle de celle des RMM-PPa (*Annexe I**). Elle définissait le champ d'application, l'organisation des réunions, l'engagement de confidentialité, la traçabilité et l'archivage des comptes rendus et des actions d'amélioration. La grille d'analyse CaDyA a été proposée telle quelle. L'appui méthodologique a été fourni par le Cepraal.

Évaluation

L'évaluation de la faisabilité des RMM-VH comprenait :

- le recueil qualitatif lors des premières réunions des éléments de motivation pour participer à la RMM-VH,
- le recueil en continu d'indicateurs des processus : nombre de réunions, nombre de participants et répartition par profil (hospitalier/libéral), nombre, type et criticité des EIAS traités,

- le recueil de résultats : les actions d'améliorations décidées et mises en œuvre,
- le recueil de la satisfaction *via* un questionnaire (*Annexe II**) soumis au terme de deux ans de fonctionnement à l'ensemble des médecins inscrits à la RMM-VH.

Afin de décrire l'intérêt des RMM-VH, les EIAS analysés en RMM-VH, ont été classés selon leur type. Leurs facteurs contributifs principaux (maximum quatre par EIAS) ont été classés à l'aide de la grille CaDyA. Nous avons également recueilli et décrit les conséquences des EIAS ainsi que les actions d'amélioration qui ont été décidées au cours de la RMM-VH.

Résultats

Participation

Le groupe expérimental était initialement constitué de 38 médecins (21 hospitaliers et 17 généralistes libéraux). Sur la période des deux années évaluées, quatre participants sortants ont été remplacés par quatre entrants, équitablement répartis entre les hospitaliers et les libéraux. En moyenne, treize professionnels étaient présents aux réunions (sept hospitaliers et six libéraux). Un sous-groupe (neuf professionnels) très stable, qui pourrait être qualifié de « noyau dur » était particulièrement volontaire, exigeant et actif concernant la mise en place des actions d'amélioration.

Les facteurs-clés de motivation des médecins pour participer à la RMM-VH étaient différents selon leur statut de praticien hospitalier ou libéral. L'existence préalable de réunions de service et/ou de *staff*, et leur contribution aux EPP dans le cadre de la Certification V2010 en cours ont été les éléments moteurs prédominants pour l'engagement des praticiens hospitaliers ; l'implication du référent EPP de l'établissement a été également essentielle. Les médecins libéraux ont été particulièrement encouragés à participer en raison de la création préalable d'un programme de DPC par l'association de FMC « Adepul ». Certains médecins généralistes étaient aussi venus par intérêt personnel.

Fonctionnement

Une première réunion a permis aux participants de faire connaissance, d'exprimer leurs attentes et de préciser l'objectif, la méthode et les modalités pratiques de la RMM.

Par la suite, un animateur et un rapporteur étaient désignés au début de chaque réunion. Les EIAS traités étaient issus de la pratique des professionnels qui les proposaient de façon volontaire. La présentation de chaque EIAS avait été préparée et rédigée de façon anonyme par le professionnel qui avait été impliqué. La chronologie des faits était présentée et projetée sur un écran afin de faciliter la discussion de groupe et la préparation du compte rendu. Exceptionnellement

* Annexes disponibles sur demande à la rédaction.

l'anonymisation a été levée (sur décision du groupe de travail) lorsque celle-ci empêchait un approfondissement indispensable du cas. À ces occasions, les clauses de confidentialité ont été rappelées. À la suite de la présentation des faits, un tour de table permettait d'enrichir la réflexion par l'expérience de chacun (quel est l'événement ? quels sont les dysfonctionnements ? etc.), avant l'utilisation de la grille CaDyA pour l'analyse à proprement dit.

La grille a été adoptée par tous, y compris les participants hospitaliers qui l'ont parfois intégrée à leurs propres RMM de service. Il était demandé d'acter des pistes d'amélioration et de décider de leur mise en place avec un calendrier. Un compte rendu de réunion était rédigé et transmis à tous les participants. Au total, dix réunions ont eu lieu entre le printemps 2013 et la fin 2015, incluant la réunion de présentation initiale. En moyenne, deux EIAS aussi bien « hospitaliers » que « libéraux » ont été traités à chaque réunion. animateurs comme participants ont respecté les règles de fonctionnement prévues, ce qui a permis des échanges dépassionnés et une meilleure connaissance du métier de chaque professionnel de santé.

EIAS traités

Au total dix-neuf EIAS ont été traités lors des dix réunions. Parmi ces dix-neuf EIAS, neuf étaient des événements porteurs de risques dont trois avaient été interceptés par un professionnel d'un lieu de soins différent de celui à l'origine de l'erreur et six autres avaient été sans conséquence pour les patients pour des raisons liées aux circonstances (par exemple le défaut d'administration d'un traitement finalement sans conséquences pour le patient). Quatre EIAS étaient des EIG avec pour conséquence trois hospitalisations et un décès. Les six autres EIAS traités avaient eu des conséquences « non graves » pour le patient (par exemple anxiété).

Les dix-neuf EIAS étaient survenus pour sept d'entre eux en ville ou en Ehpad, sept autres à l'hôpital et cinq combinaient des EIAS en ville ou Ehpad, et à l'hôpital. Ces derniers concernaient des retards diagnostics ou défauts de suivis. À l'exception d'un EIAS qui concernait un épisode de soins localisé en ville, tous comprenaient dans leur chronologie une ou plusieurs transitions d'un lieu de soins à un autre parmi les suivants : hôpital, cabinet de ville, domicile, Ehpad. En conséquence, la description des faits était souvent longue et la complexité élevée cependant sans que cela remette en question la faisabilité de l'analyse.

Le *Tableau I* présente la nature des dix-neuf EIAS analysés en RMM-VH dont treize étaient liés à un traitement, les autres étant des retards ou défauts de diagnostic, une erreur de côté sur un courrier, un défaut de transmission du traitement pour un petit acte chirurgical et un presque accident d'exposition au sang. Le *Tableau II* présente les facteurs contri-

Tableau I – Types d'événements indésirables traités en revues de morbi-mortalité (n=19).

Type	Fréquence
Problème lié au traitement	13
- traitement non mis en route	8
- poursuite non justifiée	3
- erreur de traitement	1
- retard de mise en route	1
Retard diagnostic	3
Défaut d'information	1
Accident d'exposition au sang	1
Erreur de côté	1
Total	19

Tableau II – Facteurs contributifs (n=38).

Type	Fréquence	%
Processus de soins	20	53
- défaut de coordination/communication	14	37
- dimension cognitive : défaut de formation	4	11
- défaut de procédure/protocole	2	1
Facteurs humains	12	32
- lié au patient	7	18
- lié au professionnel	5	13
Facteurs techniques	4	11
- système d'information	4	11
Facteurs environnementaux	2	1
- contexte d'urgence	1	0
- système de santé	1	0
Total	38	

butifs mis à jour par l'analyse, le plus souvent lié au processus de soins ou à facteur « humain » (patient et/ou professionnel). Quatre EIAS comprenaient un facteur « technique » (système d'information) et deux un facteur « environnemental » (urgence et système de santé). Au total 38 facteurs contributifs ont été identifiés pour les dix-neuf EIAS.

Actions d'amélioration

Une à trois actions d'amélioration ont été définies pour chaque EIAS analysé. Seuls deux EIAS n'ont pas fait l'objet de décision (facteurs principaux environnementaux et humains ou action déjà en cours). Les décisions les plus fréquentes (n=9) concernaient la mise en place de modalités/outils de travail partagé : rappel ou élaboration de protocoles communs, amélioration des courriers entre MG et praticien hospitalier. Six autres décisions concernaient des modifications du dossier informatisé. Six également concernaient des changements de pratique ou d'organisation afin de (mieux) prendre en compte la dimension « parcours » de la prise en charge des patients (par exemple la désignation d'un référent pour des situations complexes ou la prise en compte systématique de l'avis

du MG dans les réunions de concertation pluridisciplinaires. La nécessité d'impliquer le patient dans sa prise en charge a été une action citée trois fois. Enfin, la formation de professionnels de santé a été citée deux fois.

La réalisation des actions concernant l'évolution du système d'information de l'hôpital a fait l'objet d'un suivi présenté lors des réunions. La mise en œuvre des autres actions, dont la plupart dépendaient de la bonne volonté et du changement d'habitudes de praticiens individuellement, n'a pas été suivie. Nous avons recueilli cependant un indice de la réalisation de ces actions dans le questionnaire décrit ci-dessous : en moyenne les répondants y ont déclaré mettre en œuvre les actions d'amélioration 7,2 fois sur 10.

Avis des participants

Le taux de répondants au questionnaire de satisfaction a été de 39,5 %. La note moyenne de faisabilité donnée à la RMM-VH s'élevait à 8,5/10 et celle concernant son utilité à 7,7/10. Ce dernier point est à mettre en relation avec la note « d'applicabilité » dans l'exercice quotidien qui s'élevait à 7,5/10. L'avis des répondants sur l'intérêt de promouvoir la RMM-VH s'élevait à 8,8/10. La satisfaction exprimée se situait entre 8,2 et 9,5/10 : temps de travail nécessaire 8,2/10, grille CaDyA 8,2/10, qualité des débats 8,4/10, fréquence des réunions 8,9/10, comptes rendus des réunions 9,5/10.

Les qualificatifs choisis dans une liste proposée (« content, soulagé, enchanté, serein, embrouillé, découragé, fatigué, harassé, enthousiaste, heureux, léger, satisfait, amusé, sceptique, confus, perplexe, inquiet, assuré, confiant, encouragé, stimulé, découragé, agacé, furieux, frustré ») pour décrire leur ressenti vis-à-vis de la méthode étaient : « stimulé, enthousiaste, encouragé, intéressé, confiant ».

Les leviers pour la mise en œuvre et la pérennisation des RMM-VH exprimés par les répondants étaient, dans l'ordre décroissant de fréquence de citation : la qualité de l'animation, une méthodologie bien définie et facilement appropriable, une meilleure connaissance du métier de l'autre, une satisfaction personnelle, une sensibilisation à repérer ses erreurs, la déculpabilisation vis-à-vis des EIAS, des pistes d'amélioration définies et rapidement mises en place.

Quelques difficultés ont toutefois été identifiées : le manque de disponibilité des participants et des difficultés à renouveler les membres du groupe. Le manque de temps a notamment été la cause parfois de préparations trop rapides des cas.

Dans une perspective future, tous les professionnels ont exprimé leur souhait de continuer à participer. Les professionnels libéraux proposaient que les RMM-VH puissent être « monothématiques » (par ex. psychiatrie, urgence, cardiologie). L'ensemble des professionnels proposait d'intégrer les paramédicaux.

Discussion

Une première limite de ce travail concerne le recrutement, uniquement médical, des participants. Dans le cadre d'une première expérimentation, ce choix nous avait semblé nécessaire afin de limiter le risque de trop grande affluence aux réunions, ce qui aurait rendu difficile les discussions. Au terme de l'expérimentation, il paraît non seulement faisable mais aussi souhaitable du point de vue des médecins participants d'élargir le groupe aux paramédicaux afin d'enrichir les analyses et pouvoir identifier d'autres types d'actions d'amélioration.

Ensuite, près de 50 % des EIAS n'ayant pas eu de conséquence pour les patients et seulement 21 % étant des EIG, on peut poser la question d'un biais de sélection des EIAS : les praticiens ont-ils sélectionné intentionnellement les EIAS les moins graves ? Il est impossible de répondre. Cependant nous savons que les cas proposés par les participants étaient issus de leur pratique et représentatifs de situations de dysfonctionnements récurrentes dans lesquels tous les participants pouvaient s'identifier. Cette RMM-VH a donc couvert toute l'étendue des types d'EIAS et quelle que soit la gravité des événements analysés des actions d'améliorations ont été identifiées et mises en place. Nous pouvons donc avancer que s'il y a eu biais de sélection, celui-ci n'a pas eu d'impact sur l'efficacité de la RMM-VH. Il nous semble même important de rappeler qu'un EIAS qui n'a pas eu de conséquences pour le patient est plus « facile » psychologiquement à partager et les échanges dépassionnés en sont d'autant plus fructueux. Nous préconisons donc vivement de prendre le risque d'un biais de sélection en laissant le choix des EIAS aux professionnels.

La troisième limite concerne le suivi des actions mises en place, qui n'a été réalisé et discuté en réunion que pour les actions liées au système informatique de l'hôpital. Toutes les autres actions ont été réalisées selon le bon vouloir de chacun et aucun suivi formalisé n'a été mis en place. Le suivi des actions pris sur le temps de réunion est très chronophage, les professionnels souhaitant consacrer un maximum du temps de réunion à l'analyse des EIAS. Compte tenu de la « décentralisation » de nombreuses actions qui nécessitaient d'être mises en place dans chaque cabinet, leur suivi est compliqué pour un seul pilote. Une organisation *ad hoc* est encore à trouver.

Conclusions et perspectives

Tout en démontrant sa faisabilité et son intérêt, cette expérience novatrice a satisfait l'ensemble des participants, notamment son « noyau dur », très impliqué dans les actions d'amélioration. L'équilibre entre médecins hospitaliers et médecins généralistes libéraux a été préservé tout au long de l'expérimentation avec une implication particulière des pôles pharmacie, médecine

interne/endocrinologie, dermatologie et urgences au CH Vienne, et des participants à la FMC locale (qui semble constituer un terrain favorable) pour les libéraux. La mobilisation importante des participants a été favorisée par la présence de leaders d'opinion.

Quelle que soit la gravité des cas traités, les débats sont restés toujours dépassionnés et ont permis de créer des ponts entre la ville et l'hôpital. Il semble fondamental que le groupe soit ouvert et accepte les nouveaux entrants pour gagner un maximum de professionnels. L'analyse en est rendue plus compliquée mais il faut rester pragmatique afin de palier l'absentéisme et maintenir des échanges riches et variés. Sur le plan méthodologique, le dynamisme du groupe a permis la mise en place rapide d'actions d'amélioration, ceci grâce à une animation bicéphale reconnue (un leader hospitalier, un leader généraliste) et une grille d'analyse (CaDyA) qui a donné toute satisfaction. Le manque de disponibilité des professionnels de terrain reste un problème récurrent et nécessite une réflexion pour améliorer la participation. L'utilisation et la promotion de la RMM-VH sont souhaitées par tous les participants. Les relais pour promouvoir le développement peuvent être multiples : ARS, organismes régionaux d'amélioration des pratiques, unions régionales des professionnels de santé, associations de FMC, etc.

Dans le contexte de l'organisation fragmentée de notre système de santé dont on constate aujourd'hui les limites, les RMM-VH sont un moyen de rassembler les professionnels intervenants sur des lieux et à des moments différents du parcours des patients sur un même territoire. Nous avons constaté que cette méthode permet de créer de véritables équipes multisites qui améliorent leur collaboration, leur communication et partagent la responsabilité de la prise en charge de leurs patients.

Ce travail a été présenté lors de la 7^e Journée régionale Qualité et Sécurité en santé Auvergne Rhône-Alpes « Innover pour la qualité et la sécurité des soins », Lyon, 2016. Jean-Michel Oriol, Sonia Beltran. Revue de morbi-mortalité ville-hôpital : une méthode pour améliorer et sécuriser le parcours du patient dans le système de soins.

Références

- 1- MICHEL P, MINODIER C, LATHÉLIZE M, *et al.* Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé : résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004. Dossiers solidarité et santé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Ministère des Affaires sociales et de la Santé). DREES 2010; 17.
- 2- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Revue de morbi-mortalité en médecine générale. HAS, 2010, 4 p.
- 3- NAYLOR M, KEATING S. Moving patients from one care setting to another. *Am J Nurs* 2008; 108(9 Suppl): 58-63.
- 4- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS), Coordination pour L'évaluation des pratiques professionnelles en Rhône-Alpes (Cepral). Compte rendu d'une expérimentation d'une revue de morbi-mortalité pluriprofessionnelle ambulatoire. HAS, Cepral, 2013, 37 p.
- 5- CHANELIERE M, ORIOL JM, SENEZ B, *et al.* CADYA : un outil pour analyser des incidents en soins primaires. *Risques et Qualité* 2014, 1: 34-40.
- 6- DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Programme national sécurité des patients 2013-2017. Accessible à : www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1505131/fr/programme-national-pour-la-securite-des-patients-pnsp (Consulté le 04-05-2017).
- 7- MICHEL P, KERIEL-GASCOU M, KRET M, *et al.* Etude nationale en soins primaires sur les événements indésirables (ESPRIT 2013). Rapport final CCECQA, 2013. Accessible à : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/24-25/2014_24-25_1.html (Consulté le 04-05-2017).

Conflit potentiel d'intérêts : aucun.



www.risqual.net