

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur B. Hédon*

Sixième partie
Gynerisq



*38^{es} JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2014*

Analyse des évènements porteurs de risque de la base REX de Gynerisq et amélioration des pratiques

V. LEJEUNE-SAADA
(Auch)

Résumé

Les évènements porteurs de risque sont des situations qui ont dévié du cours « idéal », que ce soit pour une erreur ou un retard de diagnostic, un défaut de communication, un manque de moyens, une détection trop tardive de complication, ou un défaut de « rattrapage » d'une situation dégradée. Ces « histoires de chasse » collectées dans une base de retour d'expérience (REX) existent dans de nombreuses activités à risque, comme l'aéronautique ou la sûreté nucléaire.

Cette base REX existe en gynécologie-obstétrique, pilotée par Gynerisq, organisme agréé (OA) par la Haute Autorité de santé (HAS) pour l'accréditation des médecins. Dans cet article, vingt déclarations d'intérêt particulier y ont été sélectionnées, pour en décrire la cause principale, les causes latentes et des axes d'amélioration : définition claire des rôles respectifs de l'obstétricien qui suit la patiente et de celui d'astreinte dans l'établissement, repérage précis des jumeaux à l'échographie avant un prélèvement, maintien d'un dialogue permanent entre obstétricien et anesthésiste lors des césariennes,

Centre hospitalier d'Auch en Gascogne - Gynécologie-obstétrique - Allée Marie Clarac - 32000 Auch

Correspondance : vlgynerisq@gmail.com

anticipation de l'accouchement lors du suivi de la grossesse pour optimiser les ressources humaines et matérielles, amélioration de l'interprétation du rythme cardiaque fœtal (RCF) et des procédures d'alerte en cas d'anomalies. L'étape suivante sera de mettre en place des outils pour mesurer l'efficacité de cette démarche d'accréditation individuelle.

Mots clés : retour d'expérience, évènement indésirable, prévention, accréditation

Déclaration publique d'intérêt

Je soussignée, Véronique Lejeune-Saada, déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

INTRODUCTION

Depuis plusieurs décennies, la médecine basée sur les preuves (*evidence-based medicine*) a supplanté l'expérience individuelle (*case report*) comme support de l'amélioration des pratiques individuelles. Ces pratiques évoluent en fonction de recommandations, éditées par les sociétés savantes, à partir d'études publiées dans la littérature, le niveau de preuve des premières dépendant des qualités méthodologiques des secondes.

Une autre approche de l'amélioration des pratiques passe par la gestion du risque, l'analyse de situations qui ont dévié du cours « idéal », que ce soit pour une erreur ou un retard de diagnostic, un défaut de communication, un manque de moyens, une détection trop tardive de complication, un défaut de « rattrapage » d'une situation dégradée. Ces « histoires de chasse » collectées dans une base de retour d'expérience (REX) existent dans de nombreuses activités à risque, comme l'aéronautique ou la sûreté nucléaire.

Cette base REX existe en gynécologie-obstétrique, pilotée par Gynersiq, organisme agréé (OA) par la Haute Autorité de santé (HAS) pour l'accréditation des médecins, et son exploitation pourrait fournir de nouvelles pistes pour augmenter la qualité et la sécurité des soins.

A - MATÉRIEL ET MÉTHODES

La base REX de Gynerisq est constituée d'évènements porteurs de risque (EPR) déclarés par les médecins engagés dans le processus d'accréditation individuelle [1-2]. Initialement, cette base ne devait, selon la HAS, comporter que des EPR, c'est-à-dire des évènements indésirables (EI) récupérés avant qu'ils ne deviennent des évènements indésirables graves (EIG), ces derniers devant être collectés et exploités par l'Institut national de veille sanitaire (InVS). En pratique, les médecins déclaraient spontanément beaucoup d'EIG, et la HAS a accepté de les inclure dans la base REX, tout en prévoyant de les transmettre à l'InVS lorsque l'outil de collecte sera constitué. Ce qui sera dénommé « EPR » dans ce texte correspondra à l'ensemble des EI déclarés.

A.I. Constitution de la base REX

L'outil de recueil a été mis par la HAS à disposition des OA, sous forme d'un questionnaire en deux parties, l'une remplie par le médecin déclarant l'EPR et l'autre par le médecin « expert » qui l'analyse [3].

A.I.1. Déclaration des EPR

Le médecin choisit lui-même les évènements qu'il souhaite déclarer, et qui doivent correspondre à des situations où la prise en charge n'a pas été optimale, que ce soit pour la prévention, la détection ou la récupération de situations à risque. Pour guider les médecins et inciter à déclarer sur certains thèmes, Gynerisq sélectionne chaque année quelques EPR ciblés.

Pour déclarer un EPR, le médecin se connecte sur le portail de l'accréditation des médecins et renseigne les items concernant les antécédents de la patiente, son état de santé, la description de l'évènement, le *timing* de détection, identification et récupération, ainsi que les conséquences de l'évènement, ses causes et les mesures permettant d'éviter qu'il ne se reproduise.

Lorsqu'il s'agit d'un EPR ciblé, le médecin remplit en plus un questionnaire approfondi rédigé par Gynerisq, qui l'interroge plus précisément sur les barrières préalablement identifiées de prévention, détection et récupération de la situation à risque à étudier.

L'EPR est ensuite adressé via internet à l'OA pour analyse.

A.I.2. Analyse des EPR

Elle est réalisée par des médecins « experts », gynécologues-obstétriciens, recrutés par Gynerisq sur la base du volontariat et formés par la HAS à l'analyse des EI et à l'utilisation de la base REX.

Le médecin expert analyse la déclaration, identifie les causes immédiates et profondes de l'évènement grâce à une analyse de type ALARME, ainsi que les barrières qui ont été ou non mises en place pour la prévention, la détection et la récupération de l'EI. S'il n'a pas suffisamment d'information pour son analyse, il peut dialoguer avec le médecin déclarant par le biais du portail internet.

L'expert rappelle le cas échéant au médecin les recommandations professionnelles auxquelles il peut se référer concernant la situation concernée, et rédige un commentaire destiné au déclarant pour le guider dans l'amélioration de ses pratiques (incitation à une revue de morbidité et de mortalité (RMM), à la rédaction d'un protocole, à une organisation ou à un équipement...).

A.I.3. Injection dans la base REX

Une fois l'EPR analysé, il est entièrement anonymisé par l'expert qui élimine tous les noms de personnes ou de lieux pouvant permettre l'identification de l'auteur ou de la patiente concernée. L'EPR est ensuite enregistré dans la base REX.

A.II. Analyse de la base REX

La HAS a formé les experts des OA à l'analyse de la base REX, mais le système qui doit être appliqué à toutes les spécialités à risque concernées par l'accréditation (chirurgie, endoscopie, anesthésie-réanimation, radiologie interventionnelle, échographie prénatale) manque de souplesse et de spécificité. Gynerisq, comme d'autres OA, utilise donc son propre système d'analyse à partir de tableaux Excel renseignés par les questionnaires approfondis édités par Gynerisq.

Le retour d'expérience peut se faire sous plusieurs formes : fiches Gynerisq attitudes, messages d'alerte et diffusion d'EPR « exemplaires ». Les deux premières méthodes feront l'objet d'exposés spécifiques.

Ce sont donc ici quelques EPR qui ont été sélectionnés par l'auteur pour leur intérêt pédagogique et méthodologique, et qui concernent uniquement l'obstétrique et le diagnostic prénatal, domaines d'expertise de l'auteur. Les déclarations concernant la chirurgie gynécologique et la procréation médicalement assistée (PMA) pourront faire l'objet d'une communication ultérieure.

Les données de l'EPR sont résumées, ainsi que celles de l'analyse de l'expert, et un message « pédagogique » synthétique est proposé, afin de faire partager à tous les médecins engagés dans l'accréditation l'expérience de chacun.

B - RÉSULTATS

B.I. Constitution de la base REX

Au 31/12/2013, Gynerisq comptait 2 042 médecins engagés dans l'accréditation, dont 75 % de libéraux exclusifs, 19 % de libéraux et salariés, et seulement 6 % de salariés exclusifs.

À cette même date, la base REX contenait 13 030 EPR analysés par Gynerisq, dont près de 60 % concernaient l'obstétrique, 25 % la chirurgie gynécologique non endoscopique, 13 % la chirurgie endoscopique, 1 % le diagnostic prénatal et 1 % l'aide médicale à la procréation.

Parmi les 592 EPR d'expert analysés par un expert du 01/01/14 au 31/07/14, 192 ont été considérés comme exploitables, c'est-à-dire qu'ils décrivaient effectivement une situation à risque où la prise en charge n'était pas optimale, et que les informations étaient suffisamment précises pour qu'une analyse des causes soit possible.

Parmi ces 192 déclarations exploitables, 20 présentaient un intérêt pédagogique particulier et ont été sélectionnées pour la rédaction de cet article.

B.I.1. Description des EPR

Le tableau I décrit succinctement les EPR et la gravité de leurs conséquences cotée de 1 à 5 selon le barème décrit dans le tableau II. Les déclarations faites par les médecins concernent des erreurs ou retards diagnostiques, mais aussi des défauts de communication dans l'équipe, des défauts d'anticipation d'une situation. Dans tous les cas, l'attitude des soignants n'était a posteriori pas adaptée à la situation, la plupart du temps parce que le risque n'était pas perçu ou sous-estimé. On remarque également que les médecins déclarent presque toujours des situations à risque dues à des défaillances d'autres personnes de leur équipe et qu'ils ont « rattrapées » avec plus ou moins de succès.

Tableau I - Description des EPR

N°	Titre	Résumé	Gravité
1	Éclampsie du post-partum	Décision de césarienne pour prééclampsie à 35 SA prise par un obstétricien contre l'avis de son collègue d'astreinte, et sans l'en informer. La patiente convulse quelques heures plus tard, alors qu'aucune surveillance spécifique n'a été instaurée	4
2	Césarienne retardée	Patiente surveillée pour métrorragies sur placenta praevia - Décision de césarienne en urgence - Plateau repas donné par la sage-femme, retardant l'intervention	2
3	Césarienne retardée	Anomalies du RCF au cours du travail. Le médecin de la patiente ne répond pas à 3 appels de la sage-femme qui, finalement, prévient le médecin de garde sur place pour des anomalies durant depuis une heure. Césarienne en urgence, ph 7.00	4
4	Césarienne sur J2	Grossesse gémellaire bichorale biamniotique - RCIU sur JA considéré comme J1 donc voie basse acceptée - En fait J1 2 200 g puis J2 en transverse et rétraction utérine : césarienne sur J2 1 700 g	3
5	Asphyxie per-natale discutable	Travail spontané - Plusieurs épisodes de ralentissements prolongés - Pas de 2 ^e ligne car amélioration transitoire et dilatation rapide - Accouchement normal car pas d'anomalie à l'expulsion - Signes d'encéphalopathie néonatale malgré une acidose néonatale modérée - Diagnostic d'asphyxie per-natale posé par les pédiatres	1
6	Refus de transfert in utero	HTA à 19/12 à 27 SA - Mise sous Loxen IV - Appel au CHU pour transfert in utero - Refus de la sage-femme car pas dans les protocoles - Transfert le lendemain	1
7	Asphyxie néonatale sévère évitable	Décision de césarienne à 16 h à 37,5 SA pour utérus cicatriciel, diabète et diminution de la variabilité occasionnelle du RCF - Rachi-anesthésie posée sans prévenir l'obstétricien, occupé ailleurs - hypotension majeure, bradycardie fœtale pendant 20 min sans prévenir l'obstétricien. Asphyxie néonatale sévère traitée par hypothermie (ph 6,80)	4
8	HPP à J14 sur rétention placentaire	Accouchement normal - HPP à J14, avec image de rétention - Curetage aspiratif sans ocytociques - HPP secondaire nécessitant Nalador, transfusion et réintervention	4
9	Mort fœtale per-partum sur rupture utérine	Travail spontané sur utérus cicatriciel - Quelques anomalies mineures du RCF - Présentation haute à dilatation complète - Appel de l'obstétricien qui veut s'installer au bloc - Réticence de la sage-femme car d'autres femmes à surveiller en salle - Ralentissement prolongé aux efforts expulsifs - Césarienne en urgence : rupture utérine. Échec de réanimation	5
10	Décès néonatal sur asphyxie per-natale sévère	Travail spontané à terme dépassé - Appel à 8 cm pour anomalies du RCF à risque intermédiaire d'acidose - Expectative - Pas de nouvel appel malgré anomalies sévères, jusqu'à dilatation complète - Césarienne en urgence - Encéphalopathie néonatale sévère - Décès à J6	5
11	Grossesse à haut risque mal évaluée	Patiente avec HTA et utérus multicicatriciel suivie par un médecin non-obstétricien et adressée aux sages-femmes de la clinique pour surveillance de fin de grossesse - Conduite à tenir non définie et pas de CRO des myomectomies - Adressée en milieu chirurgical spécialisé pour la césarienne	2
12	Rupture utérine	Antécédent de césarienne à 28 SA - Pas de CRO dispo - RCF à 39 SA avec un ralentissement prolongé, non pris en compte - Arrivée avec MFUI à 40 SA, laparotomie avec une rupture fundique complète	5
13	Plexus brachial sur dystocie des épaules	2 ^e pare - Antécédent de macrosomie - Diabète équilibré par régime - Mise en travail spontané - Efforts expulsifs débutés en l'absence du médecin - Dystocie des épaules - échec de mac Roberts par la sage-femme - Jacquemier par l'obstétricien - 4 430 g - Plexus lentement régressif	4
14	Rupture utérine avec mort périnatale	Travail spontané sur utérus cicatriciel - Ralentissements variables atypiques répétés pendant une heure - Remontée de la tête lors d'une tentative de forceps - Césarienne - Rupture avec mort périnatale, échec de réanimation	5
15	HPP sur échec de forceps	Dilatation lente sur variété postérieure - échec de rotation - échec de ventouse, puis de forceps - Césarienne avec difficultés d'extraction et lésions cervico-vaginales	3
16	Paralysie faciale sur forceps en OS	Primipare - Anomalies du RCF en fin de travail - Présentation postérieure, partie haute - Pose de Tarnier - Forceps difficile - Paralysie faciale après l'accouchement, lentement régressive	4
17	Septicémie après amniocentèse injustifiée	MST2 à 1/80 alors que l'obstétricien refuse de faire des MST1 car il a peur des relectures de ses nuques - Septicémie maternelle avec rupture des membranes dans les suites de la ponction, nécessitant une IMG	5
18	RCF mal interprété	Patiente arrivée avec rupture des membranes et RCF à variabilité minimale - Salbutamol sans appel de l'obstétricien - Travail spontané avec anomalies non détectées - Appel de l'obstétricien seulement pour l'expulsion - spatules - Pas de ph mais lactates élevés	4
19	Fausse séroconversion à CMV	Sérologie CMV négative en début de grossesse - Positive en IgG 6 semaines plus tard - Patiente informée du pronostic incertain - Appel du laboratoire pour comparer les 2 tubes - Taux inchangé - Patiente difficile à rassurer	2
20	Césarienne et splénectomie à 32 SA	Douleurs brutales hypocondre gauche à 32 SA - Bilan biologique et écho rassurants, doute sur anévrisme de l'artère splénique au scanner non injecté. Après avis du CHU, scanner injecté confirmant le diagnostic, césarienne et splénectomie sur place plutôt que transfert in utero - Bonne évolution	3

RCF : rythme cardiaque fœtal ; HPP : hémorragie du post-partum ; CRO : compte rendu opératoire ; MFUI : mort fœtale in utero ; MST1 : marqueurs sériques du 1^{er} trimestre ; MST2 : marqueurs sériques du 2^e trimestre ; IMG : interruption médicale de grossesse

Tableau II - Échelle de gravité des conséquences d'un EPR

Gravité	Intitulé	Conséquences sur la mère ou l'enfant	Exemples
5	Catastrophique	Décès ou handicap neurologique sévère ou perte fonctionnelle définitive	Décès de la patiente ou du fœtus Lésion grave du plexus brachial Ischémie cérébrale lors d'un choc septique Hystérectomie pour hémorragie
4	Majeure	Perte fonctionnelle non définitive ou risque de séquelle à long terme	Transfusion pour hémorragie Colostomie pour plaie digestive
3	Modérée	Hospitalisation (ou prolongation de séjour) pour affection grave sans séquelle, avec ou sans réintervention	Embolie pulmonaire Infection néonatale Reprise chirurgicale pour complication
2	Mineure	Prise en charge spécifique pour pathologie, sans hospitalisation supplémentaire, ni séquelle	Abcès de paroi Réanimation néonatale simple Perforation utérine Thrombophlébite
1	Insignifiante	Perturbation de la prise en charge, sans conséquence pour la patiente	Informations manquantes dans le dossier Personnel ou matériel non disponible

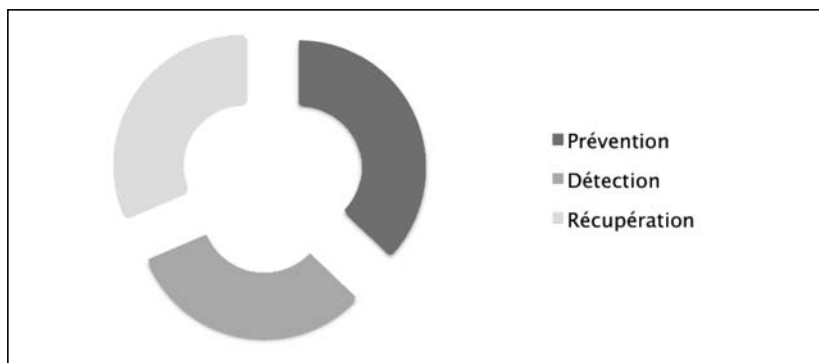
B.1.2. Chronologie de la défaillance

Elle se définit par rapport à l'EI survenu ou redouté et comporte trois phases :

- la prévention qui vise à éviter la survenue de l'EI ;
- la détection qui associe le repérage de l'EI et son identification précise ;
- la récupération qui vise à diminuer les conséquences de l'EI.

La figure 1 montre que les défaillances se répartissent presque également entre les 3 temps, un même évènement pouvant d'ailleurs révéler des défaillances à plusieurs temps. À titre d'exemple, l'EPR n° 4 qui décrit une asphyxie néonatale sévère, probablement favorisée par l'hypotension maternelle prolongée, décrit des défaillances en termes de prévention (pas de décubitus latéral gauche, pas de raccourcissement du

Figure 1 - Chronologie des défaillances dans les EPR



temps rachi-incision sur un fœtus à haut risque), de détection (l'anesthésiste ne fait manifestement pas le lien entre hypotension maternelle et asphyxie fœtale car il n'appelle pas en urgence l'obstétricien) et de récupération (le temps d'extraction est très long). Dans l'EPR n° 15 qui décrit une césarienne après échec de forceps, il y a eu un défaut de détection (mauvaise appréciation du niveau d'engagement) et de récupération (mauvais choix stratégique).

Cette classification est utile pour mettre en évidence des barrières évitant que l'évènement ne survienne à nouveau, ou bien que ses conséquences puissent être atténuées.

B.I.3. Analyse des causes

Le tableau III décrit la ou les causes principales de l'EPR identifiées par l'expert, ainsi que la proposition d'amélioration des pratiques envoyée au déclarant. On distingue sur ces quelques exemples un certain nombre de causes récurrentes :

- absence de définition claire de la répartition des tâches et responsabilités entre l'obstétricien qui suit la patiente et celui d'astreinte dans l'établissement ;
- mauvaise appréciation du risque obstétrical par certains acteurs de l'équipe (anesthésiste, sage-femme) aboutissant à un appel trop tardif de l'obstétricien ;
- renoncement à des mesures de sécurité (installation au bloc opératoire) sur incitation d'autres membres de l'équipe percevant ces mesures comme inutiles et sources de désorganisation ;
- mauvaise interprétation d'un RCF avec sous-estimation du risque d'acidose, surtout sur un fœtus à risque ;
- pose de forceps sur présentation postérieure.

Au-delà de cette ou ces causes immédiates, il est intéressant de rechercher des causes latentes. La HAS les a définies dans le portail de déclaration des EPR en s'inspirant de la grille ALARME.

La figure 2a décrit parmi les 20 EPR étudiés la fréquence des différents types de causes latentes. On retrouve en majorité des causes liées aux tâches à accomplir (non suivi des recommandations existantes, protocole inexistant ou non suivi, défaut de programmation, examens complémentaires non pertinents ou non disponibles...) et des causes liées à l'équipe.

Tableau III - Causes principales et propositions d'amélioration

N°	Titre	Causes principales	Propositions d'amélioration
1	Éclampsie du post-partum	Absence de coopération dans l'équipe	Définir clairement le rôle de l'astreinte et du médecin suivant la patiente
2	Césarienne retardée	Mauvaise appréciation du risque Mésentente dans l'équipe	Informers les patientes et l'équipe d'une décision Expliciter ses décisions pour obtenir l'adhésion ou déplorer les réticences
3	Césarienne retardée	Médecin non joignable Rôle médecin d'astreinte non défini	Bien définir le rôle du médecin d'astreinte
4	Césarienne sur J2	Erreur d'identification des jumeaux	Écrire sur les comptes rendus d'échographie qui des jumeaux A et B est le plus bas
5	Asphyxie per-natale discutable	Méconnaissance des critères d'asphyxie per-natale	Recueillir tous les éléments de suivi du travail et de l'état néonatal afin d'évaluer la réalité d'une asphyxie per-natale
6	Refus de transfert in utero	Mauvaise formation de la sage-femme de réseau	Pouvoir discuter de médecin à médecin les transferts in utero hors protocole
7	Asphyxie néonatale sévère évitable	Mauvaise appréciation du risque Défaut de communication dans l'équipe	Prévenir l'hypotension si raché-anesthésie sur fœtus à risque Obstétricien présent lors de la pose de la raché-anesthésie
8	HPP à J14 sur rétention placentaire	Défaut de vérification du placenta Pas de prévention d'une HPP prévisible	Ne pas négliger la délivrance Anticiper les complications dans les situations à risque
9	Mort fatale per-partum sur rupture utérine	Efforts expulsifs débutés en dehors du bloc opératoire L'obstétricien n'a pas écouté son instinct et s'est laissé influencer	Ne jamais renoncer à la sécurité pour des raisons de commodité Savoir imposer ses consignes à l'équipe
10	Décès néonatal sur asphyxie per-natale sévère	Pas de nouvel appel du médecin Sous-estimation du risque	Former à l'analyse du RCF Rester vigilant quand les anomalies du RCF s'installent
11	Grossesse à haut risque mal évaluée	Défaut d'anticipation du risque Pas de prise en compte de l'accouchement dans le suivi de grossesse	Intégrer les risques de l'accouchement dans le suivi de la grossesse Former ses correspondants
12	Rupture utérine	Compte rendu non récupéré Sous-estimation du risque de rupture utérine	Récupérer le compte-rendu des césariennes Suspecter une rupture utérine devant toute anomalie du RCF sur utérus cicatriciel
13	Plexus brachial sur dystocie des épaules	Défaut d'anticipation du risque Retard à l'appel du médecin	Obstétricien présent en cas de risque de macrosomie
14	Rupture utérine avec mort périnatale	Rupture utérine non évoquée pendant le travail	Avoir l'obsession de la rupture utérine en cas d'utérus cicatriciel
15	HPP sur échec de forceps	Présentation postérieure haute Mauvaise indication de forceps	Pas de forceps en postérieur partie haute
16	Paralysie faciale sur forceps en OS	Présentation postérieure haute Mauvaise indication de forceps	Pas de forceps en postérieur partie haute
17	Septicémie après amniocentèse injustifiée	Mauvaise organisation du diagnostic anténatal	Suivre les recommandations Référer éventuellement ses échos du 1 ^{er} trimestre
18	RCF mal interprété	Mauvaise interprétation du RCF Retard à l'appel du médecin	Former à l'interprétation du RCF Protocoles d'appel de l'obstétricien
19	Fausse séroconversion à CMV	Changement de laboratoire Pas de vérification avant d'appeler la patiente	Pas de sérologie CMV systématique Si suivi, dans le même labo
20	Césarienne et splénectomie à 32 SA	Diagnostic rare Réticence aux explorations d'imagerie en fin de grossesse	Demander l'avis de spécialiste devant un tableau inhabituel Utiliser l'imagerie injectée si nécessaire

HPP : hémorragie du post-partum ; RCF : rythme cardiaque fœtal ; CMV : cytomegalovirus

Celles liées à l'équipe sont particulièrement intéressantes car susceptibles d'amélioration par une simple prise de conscience des lacunes. La figure 2b détaille les différentes causes liées à l'équipe. On y retrouve en très grande majorité des défauts de communication entre soignants, mais également des défauts de transmission et d'alerte, notamment des infirmières et des sages-femmes vers les médecins.

Figure 2a - Causes latentes des EPR

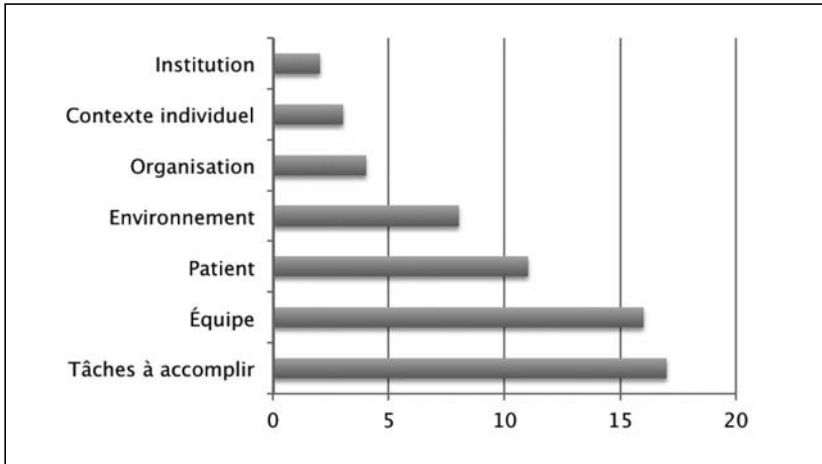
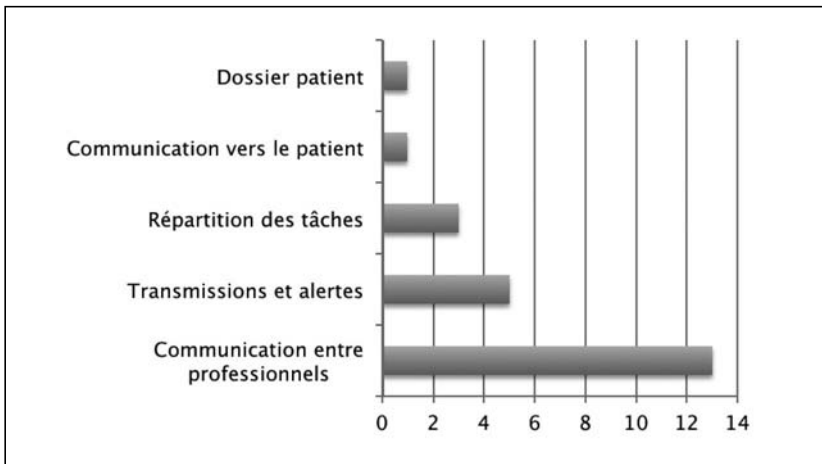


Figure 2b - Détail des causes liées à l'équipe



C - DISCUSSION

Cette base de données déclaratives volontaires est nouvelle dans notre spécialité. Elle apporte des informations sur ce que les médecins ressentent comme une mise en danger, une situation à risque, et les oblige à réfléchir sur leurs pratiques et sur l'évitabilité des événements indésirables.

Pour les médecins qui travaillent sur la base REX, le retour vers la profession répond actuellement à deux objectifs : un retour direct vers le médecin déclarant, et la rédaction de documents regroupant des « barrières », c'est-à-dire des actions qui permettent de diminuer la fréquence de survenue ou la gravité des conséquences d'une situation à risque. Ces documents sont actuellement publiés deux à trois fois par an et diffusés aux adhérents de Gynersiq.

Concernant les barrières proposées individuellement à chaque médecin déclarant, elles peuvent faire comme ici l'objet de communication, dont l'impact sur les pratiques est difficile à évaluer. Toutefois, cette expérience partagée peut, au même titre que l'expérience individuelle, rendre plus prudent ou plus réactif lorsqu'une situation similaire est rencontrée.

L'analyse de cette base REX se heurte à plusieurs écueils, et notamment à la qualité des déclarations et des analyses. Sur l'année 2014, qui correspond à la sixième année de fonctionnement de la base REX de Gynersiq, on peut espérer que les médecins ont acquis une certaine expérience dans le choix du thème et le contenu des déclarations. Or, près de deux tiers des déclarations analysées ne permettent pas de tirer d'enseignements utiles à la profession, soit parce que le sujet n'est pas un véritable EPR, mais plutôt la gestion d'une pathologie connue, soit parce que, malgré le dialogue entre expert et déclarant, les informations ne sont pas suffisamment détaillées pour permettre une analyse correcte des faits.

Le deuxième écueil, qui heurte notre culture médicale basée sur des études contrôlées en population ou en cohortes, est l'absence d'exhaustivité des déclarations, ce qui empêche toute donnée statistique. En effet, même si on incite les médecins à déclarer certaines situations à risque que l'on souhaite étudier, par exemple les ruptures utérines, on ne pourra jamais en tirer de données en termes de prévalence ou de fréquence, car il s'agira, contrairement à des registres, déclarations de cas isolés. Cette matière est toutefois précieuse pour enrichir nos connaissances médicales et notre attitude active pour réduire les risques de notre profession.

La particularité de la démarche d'accréditation est qu'elle concerne aujourd'hui presque exclusivement des médecins à activité libérale. Le secteur public n'a pas adhéré au système, probablement car il n'en tire aucun bénéfice financier direct.

Enfin, reste à mesurer l'impact réel de ces déclarations et de leur analyse sur la sinistralité de notre profession. L'exemple de l'aéronautique et de certaines industries à haut risque, comme le nucléaire, sont en faveur de l'efficacité d'un tel système. Certaines équipes médicales publient une diminution de la fréquence de certains évènements indésirables par l'analyse de la gestion des risques [4] et par des formations en équipe à l'aide de scénarios inspirés de la déclaration de situations à risque [5]. La mise en place de stratégies basées sur ce type de recueil diminue la fréquence des litiges et des indemnités en cas de plainte [6].

CONCLUSION

L'exploitation de la base REX de Gynerisq a permis de sélectionner un certain nombre de déclarations d'intérêt particulier, et de dégager des axes d'amélioration des pratiques : définition claire des rôles respectifs de l'obstétricien qui suit la patiente et de celui d'astreinte dans l'établissement, repérage précis des jumeaux à l'échographie avant un prélèvement, maintien d'un dialogue permanent entre obstétricien et anesthésiste lors des césariennes, anticipation de l'accouchement lors du suivi de la grossesse pour optimiser les ressources humaines et matérielles, amélioration de l'interprétation du RCF et des procédures d'alerte en cas d'anomalies. L'étape suivante sera de mettre en place des outils pour mesurer l'efficacité de cette démarche d'accréditation individuelle.

Bibliographie

- [1] Article 16 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
- [2] Décret 2006-909 du 21 juillet 2006.
- [3] HAS - Portail du site de l'accréditation des médecins (rubriques « Documents » et « Manuels utilisateurs »).
- [4] Pettker CM, Thung SF, Norwitz ER, Buhimschi CS, Raab CA, Copel JA, Kuczynski E, Lockwood CJ, Funai EF. Impact of a comprehensive patient safety strategy on obstetric adverse events. *Am J Obstet Gynecol* 2009;9:434-7.
- [5] Clark SL, Meyers JA, Frye DK, Perlin JA. Patient safety in obstetrics. The Hospital Corporation of America experience. *Am J Obstet Gynecol* 2011;204:28-7.
- [6] Pettker CM, Thung SF, Lipkind HS, Illuzzi JL, Buhimschi CS, Raab CA, Copel JA, Lockwood CJ, Funai EF. A comprehensive patient safety program reduces liability, claims and payments. *Am J Obstet Gynecol* 2014;200(5): 492-8.