

> **SOMMAIRE // Contents**

ARTICLE // Article

Facteurs associés à l'adhésion de la population française aux recommandations pour la prévention de la lombalgie chronique, à la suite de la campagne grand public de l'Assurance maladie : « *Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement* » // Factors associated with the French population's adherence to prevention recommendations concerning chronic lower back pain following a media campaign by the National Health Insurancep. 222

Roxane Agius et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice

ARTICLE // Article

Incidence des événements indésirables graves associés aux soins dans les établissements de santé (Eneis 3) : quelle évolution dix ans après ? // Evolution in incidence of adverse events in French health care over ten years of the Eneis 3 surveyp. 229

Philippe Michel et coll.

Unité 1290 Research on healthcare performance (Reshape) – Institut national de la santé et de la recherche médicale – Université Claude-Bernard-Lyon-I, Hospices civils de Lyon, Lyon

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'œuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directeur de la publication : Laëtitia Huiart, directrice scientifique, adjointe à la directrice générale de Santé publique France
Rédactrice en chef : Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Frédérique Bilon-Debernardi
Responsable du contenu en anglais : Chloé Chester
Secrétariat de rédaction : Valérie Contactis
Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France ; Thierry Blanchon, Iplesp ; Florence Bodeau-Livinec, EHESP ; Julie Boudet-Berquier, Santé publique France ; Kathleen Chamli, Santé publique France ; Bertrand Gagnière, Santé publique France - Bretagne ; Isabelle Grémy, ORS Île-de-France ; Anne Guinard / Damien Mouly, Santé publique France - Occitanie ; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France ; Philippe Magne, Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ; Valérie Olié, Santé publique France ; Alexia Peyronnet, Santé publique France ; Hélène Therre, Santé publique France ; Sophie Vaux, Santé publique France ; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France - Site Internet : <https://www.santepubliquefrance.fr>
Préresse : Luminess
ISSN : 1953-8030

FACTEURS ASSOCIÉS À L'ADHÉSION DE LA POPULATION FRANÇAISE AUX RECOMMANDATIONS POUR LA PRÉVENTION DE LA LOMBALGIE CHRONIQUE, À LA SUITE DE LA CAMPAGNE GRAND PUBLIC DE L'ASSURANCE MALADIE : « MAL DE DOS ? LE BON TRAITEMENT, C'EST LE MOUVEMENT »

// FACTORS ASSOCIATED WITH THE FRENCH POPULATION'S ADHERENCE TO PREVENTION RECOMMENDATIONS CONCERNING CHRONIC LOWER BACK PAIN FOLLOWING A MEDIA CAMPAIGN BY THE NATIONAL HEALTH INSURANCE

Roxane Agius¹, Natacha Fouquet¹ (natacha.fouquet@santepubliquefrance.fr), Noémie Soullier¹, Denoël Ohouo², Stéphanie Schramm², Emilie Chazelle¹

¹ Santé publique France, Saint-Maurice

² Caisse nationale d'assurance maladie, Paris

Soumis le 19.01.2022 // Date of submission: 01.19.2022

Résumé // Abstract

Contexte – Pour limiter l'impact négatif des lombalgies sur la qualité de vie, les politiques de santé publique se sont orientées, d'une part sur la prévention de l'apparition des lombalgies, et d'autre part sur la limitation de la chronicisation. En France, une campagne grand public est mise en place depuis 2017 par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam).

Objectif – Déterminer les facteurs associés à l'adhésion de la population française métropolitaine aux recommandations pour la prévention de la chronicisation de la lombalgie. Le fait d'avoir eu connaissance (aussi appelé « mémorisation ») de la campagne de la Cnam a été un des facteurs évalués en particulier.

Méthode – Les facteurs sociodémographiques et de santé associés à l'adhésion aux recommandations pour la prévention des lombalgies ont été analysés à l'aide d'une régression logistique pondérée à partir des données du Baromètre de Santé publique France 2019 – enquête téléphonique menée auprès de personnes âgées de 18 à 85 ans résidant en France métropolitaine.

Résultats – Une association entre l'adhésion aux recommandations et la mémorisation de la campagne tend à être mise en évidence (odds ratio : OR=1,32, intervalle de confiance à 95% : IC95%: [1,00-1,74] ; p=0,052). Être plus âgé est significativement associé à une meilleure adhésion aux recommandations (1,01 [1,00-1,03] ; p=0,028). Par ailleurs, les professions intermédiaires (0,50 [0,30-0,82], p=0,007) et les ouvriers (0,48 [0,28-0,83] ; p=0,009) adhèrent moins aux recommandations que les cadres et professions intellectuelles supérieures.

Discussion – Bien que cette étude ne constitue pas une évaluation stricte de la campagne de la Cnam, elle met en évidence un lien entre la mémorisation de la campagne et l'adhésion aux recommandations.

Conclusion – Une politique de prévention plus ciblée semble nécessaire auprès des catégories socio-professionnelles les plus à risque de lombalgie, adhérant le moins aux recommandations.

Context – Lower back pain can have a major impact on quality of life. Public health policies focus on avoiding the onset of this disease and preventing existing cases from developing into a chronic condition. In France, a mass media campaign was launched by the national health insurance (CNAM) in 2017 to raise public awareness on the topic.

Aim – The aim of this study was to determine, among the population in metropolitan France, factors associated with adherence to prevention recommendations concerning chronic lower back pain. The influence of the CNAM campaign, measured through "recollection", was of particular interest.

Method – Data for this study was obtained from the 2019 edition of the "Baromètre Santé", a phone survey conducted by the national public health agency on people aged 18-85 living in metropolitan France. Weighted analysis was performed on the survey responses using logistic regression to identify socio-demographic and medical factors associated with adherence to the prevention recommendations.

Results – An association between adherence to the recommendations and recollection of the media campaign tended to be observed (odds ratio: OR=1.32, 95% confidence interval: CI95%: [1.00-1.74]; p=0.052). Greater age also showed a significant association with increased adherence to the recommendations (1.01 [1.00-1.03]; p=0.028). In addition, people working in intermediate occupations (0.50 [0.30-0.82]; p=0.007) and manual workers (0.48 [0.28-0.83]; p=0.009) were less influenced by the recommendations than people working in higher intellectual professions and managers.

Discussion – Although this study is not a strict assessment of the CNAM campaign, it seems to highlight that recollection of the campaign is associated with adherence to the recommendations. A more targeted prevention policy appears necessary among the socio-professional categories most at risk of lower back pain, who also adhere least to the recommendations.

Mots-clés : lombalgie, recommandations, prévention, campagne grand public
// **Keywords**: low-back pain, recommendations, prevention, mass media campaign

Contexte

La lombalgie, qui se définit comme une douleur du bas du dos, entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier, fait partie des troubles musculo-squelettiques les plus courants retrouvés à l'âge adulte¹. Sa prévalence au cours de la vie est très fréquente, atteignant 84%¹. La lombalgie est considérée comme chronique lorsque les douleurs sont présentes depuis plus de 12 semaines².

Constituant la première cause d'année de vie en situation d'incapacité dans le monde³, la lombalgie et son fardeau économique, estimé à plusieurs milliards de dollars en 2008, sont une problématique centrale dans le domaine de la santé publique⁴. La lombalgie est une affection multifactorielle. Outre des facteurs (anatomiques, psychologiques...) individuels⁵, des facteurs professionnels, qu'ils soient biomécaniques, psychosociaux ou organisationnels^{1,6}, jouent également un rôle dans son apparition et sa chronicisation.

Pour limiter l'impact de la lombalgie, les politiques de santé publique se sont orientées vers la prévention de son apparition, ainsi que la limitation de la chronicisation. Le repos et l'alitement, auparavant préconisés⁷ lors des premiers stades de la lombalgie sans signe d'alerte ni de gravité, ont désormais fait place à des conseils d'autogestion et d'activité physique adaptée^{8,9}. Ces nouvelles recommandations n'ont pas été systématiquement appliquées, ni par les professionnels de santé, ni par la population générale^{10,11}. Les peurs, croyances et attitudes d'évitement des patients souffrant de lombalgie, liées à l'éventualité que le mouvement puisse produire des douleurs et être néfaste pour le rachis¹², sont des freins à l'adoption des recommandations¹³. Afin de promouvoir l'autogestion et le mouvement lors de l'apparition des maux de dos, plusieurs campagnes de prévention ont été mises en place dans le monde¹⁴, notamment en France depuis 2017¹⁵. Un groupe d'experts pluridisciplinaire a travaillé sur les messages de cette campagne, diffusée par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), « *Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement* », déclinée en plusieurs volets destinés au grand public, dont le premier a été diffusé à partir de novembre 2017 et réactualisé en novembre 2018. Celui-ci portait sur les activités physiques sportives. Cette campagne a été diffusée par le biais des médias grands publics, et également déclinée à destination des professionnels de santé en 2017, et des entreprises, fin 2018¹⁶.

En France, les dernières enquêtes de la Cnam mettent en avant une évolution positive en ce qui concerne l'adhésion de la population générale

aux recommandations de prévention de la lombalgie chronique^{16,17}. Cependant, les portées des campagnes étrangères variaient en fonction, d'une part des caractéristiques de la campagne et des critères d'impact étudiés, et d'autre part des caractéristiques socio-économiques des personnes interrogées^{10,14}.

Objectif

Ainsi, l'objectif de ce travail était d'étudier les facteurs associés à l'adhésion aux recommandations pour la prévention de la lombalgie chronique dans la population française, en particulier le fait d'avoir eu connaissance (appelé aussi la « mémorisation ») de la campagne de la Cnam, et les caractéristiques sociodémographiques et de santé des personnes.

Méthode

Population et source de données

Les questions portant sur la lombalgie ont été posées à un sous-échantillon aléatoire de 2 736 personnes issu du Baromètre de Santé publique France 2019. Il s'agit d'une enquête transversale téléphonique menée auprès d'un échantillon probabiliste de personnes âgées de 18 à 85 ans résidant en France métropolitaine et parlant le français. Les numéros de téléphone, fixes comme mobiles, ont été générés aléatoirement ; les participants ont été sélectionnés selon un sondage à deux degrés sur ligne fixe (sélection d'un individu par ménage selon la méthode Kish) et à un degré sur ligne mobile (sélection de la personne qui décroche). Le recueil s'est déroulé au premier semestre 2019 auprès de 10 352 personnes. Le taux de participation était de 51%¹⁸.

Les estimations ont été pondérées pour tenir compte de la probabilité d'inclusion (au sein du ménage et en fonction de l'équipement téléphonique), et de la structure de la population via un calage sur les marges des variables « sexe croisé avec l'âge », région de résidence, taille d'unité urbaine, niveau de diplôme et nombre d'habitants dans le foyer (population de référence : Insee, Enquête Emploi 2018)¹⁸.

Sélection des variables

Les questions portant sur la lombalgie, conçues en partenariat avec la Cnam, étaient les suivantes :

- Mémorisation de la campagne : « *Avez-vous eu connaissance de la campagne de prévention de la lombalgie (c'est-à-dire du mal de dos),*

menée par l'Assurance maladie, diffusée à plusieurs reprises depuis novembre 2017 ? » (Oui/Non) ;

- (si l'enquêté a eu connaissance de la campagne de prévention de la lombalgie) « *Par quels moyens avez-vous eu connaissance de cette campagne de prévention de la lombalgie ?* » (Plusieurs réponses possibles : À la télévision/À la radio/Sur internet/Dans la rue (affiches)/Sur les plateformes de téléchargement d'applications mobiles (Application Activ'Dos)/Par un autre moyen) ;
- Adhésion aux recommandations de prévention : « *Êtes-vous d'accord avec la proposition suivante : lorsqu'on a une lombalgie, le maintien de son activité physique (professionnelle ou autre) est préférable au repos ?* » (Tout à fait/Plutôt/Plutôt pas/Pas du tout d'accord).

La variable d'intérêt était l'adhésion aux recommandations, considérée en variable binaire : la catégorie « *Oui* » rassemblait les réponses « *Tout à fait* » et « *Plutôt* », et la catégorie « *Non* », « *Plutôt pas* » et « *Pas du tout* » d'accord.

Les variables explicatives ont été sélectionnées a priori selon la littérature et selon les connaissances sur la pathologie. Elles comprenaient, outre le fait d'avoir eu connaissance de la campagne (« mémorisation de la campagne ») :

- le sexe ;
- l'âge (continu) ;
- la catégorie socioprofessionnelle (CSP) ;
- la taille d'agglomération ;
- le fait d'être limité depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement (Non, pas limité/Limité mais pas fortement/Fortement limité), utilisé comme proxy⁽¹⁾ de l'état de santé pour prendre en compte son influence sur la sensibilité aux campagnes de prévention, plus particulièrement sur la thématique des lombalgies ;
- le fait de se sentir bien informé sur les sujets de santé, proxy de la deuxième dimension du *Health Literacy Questionnaire* (HLQ, échelle de littératie), à savoir « *Avoir suffisamment d'informations pour gérer sa santé* »¹⁹, construit à partir d'une analyse en composante principale réalisée sur toutes les questions en rapport avec les connaissances en santé, des institutions et le sentiment de se sentir informé en santé. Notre proxy correspondait au score en deux points combinant les questions rendues binaires sur le sentiment d'être bien informé sur la maladie de Lyme d'une part, et sur l'hypertension artérielle et ses conséquences de l'autre.

⁽¹⁾ Un proxy est une variable de substitution.

Analyses statistiques

La fréquence de l'adhésion aux recommandations a été décrite selon les variables explicatives, et les relations bivariées entre cette fréquence et ces variables explorées par le test du Chi² de Rao-Scott. Les associations multivariées ont ensuite été testées par une régression logistique. La log-linéarité de la variable âge dans le modèle a été vérifiée. Les interactions entre, d'une part le fait d'avoir mémorisé la campagne, et d'autre part le sexe, l'âge et le sentiment de se sentir informé sur les sujets de santé, ont été testées.

Les valeurs manquantes étaient rares (<5% au maximum) et ont été exclues des analyses.

L'analyse en composante principale a été réalisée avec le logiciel R[®] version 3.6.1. Les analyses univariées et multivariées ont été effectuées avec le logiciel SAS[®] version 9.4.

Résultats

Analyses descriptives

Environ un quart de la population (n=716) se souvenait avoir eu connaissance de la campagne : deux tiers par la télévision, un quart par un « *autre moyen* » et un quart par plusieurs moyens (figure 1). La majorité (81%) des personnes était « *tout à fait* » ou « *plutôt* » d'accord avec les recommandations (figure 2), plus fréquemment celles ayant mémorisé la campagne (84% vs 79%, p=0,041) (tableau 1).

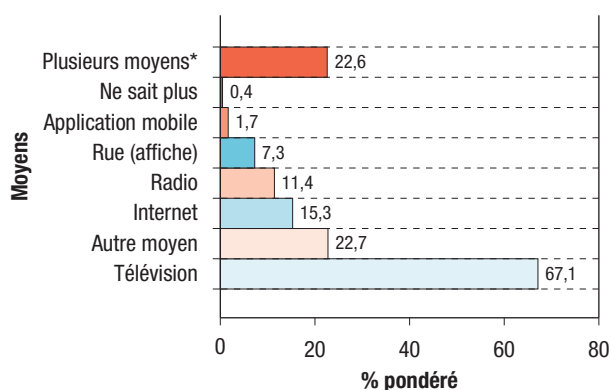
La prévalence de l'adhésion aux recommandations était également significativement associée, dans les analyses univariées, à la CSP (tableau 2) et à l'âge.

Facteurs associés à l'adhésion aux recommandations

Les personnes ayant mémorisé la campagne avaient plus de chance d'adhérer aux recommandations (odds ratio ajusté : ORa=1,32, intervalle de confiance à 95% : IC95% : [1,00-1,74], à la limite de la significativité (p=0,052)) (tableau 2).

Figure 1

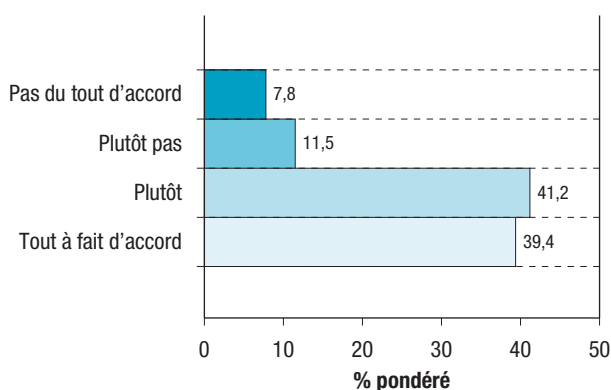
Fréquence des moyens par lesquels les répondants ont eu connaissance de la campagne



* Plusieurs moyens pouvaient être déclarés, la catégorie « *plusieurs moyens* » rassemblant les personnes ayant indiqué au moins deux des moyens présentés ci-dessus.

Figure 2

Niveau d'adhésion aux recommandations :
« Lorsqu'on a une lombalgie, le maintien de son activité physique (professionnelle ou autre) est préférable au repos »



Une association avec la CSP était observée : les professions intermédiaires (0,50 [0,30-0,82]) et les ouvriers (0,48 [0,28-0,83]) adhéraient significativement moins bien aux recommandations que les cadres et professions intellectuelles supérieures. Le même constat était fait chez les employés, les inactifs et les retraités, en comparaison aux cadres et professions intellectuelles supérieures, avec une association proche de la significativité. Les personnes très fortement limitées dans les activités quotidiennes depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé adhéraient moins souvent aux recommandations que celles ne l'étant pas. Enfin, l'âge était positivement et significativement associé à l'adhésion aux recommandations. Aucune des interactions testées n'était statistiquement significative.

Tableau 1

Prévalence de l'adhésion aux recommandations en fonction des variables explicatives sélectionnées

Variable	Effectif total	Effectif	% pondéré ¹	IC95%
Mémorisation de la campagne	2 615		p<0,05	
Oui		762	83,7	[80,5-86,8]
Non		1 853	79,5	[77,2-81,8]
Sexe	2 621			
Homme		1 160	80,4	[77,6-83,2]
Femme		1 461	80,8	[78,3-83,4]
Lieu d'habitation	2 613			
Plus de 100 000 habitants		1 098	81,2	[78,4-84,0]
Entre 20 000 et 99 999 habitants		806	78,0	[74,2-81,7]
Moins de 20 000 habitants		709	82,7	[79,4-85,9]
Profession et catégorie socioprofessionnelle	2 621		p<0,05	
Agriculteurs exploitants, artisans, commerçants et chefs d'entreprise		115	83,6	[75,4-91,7]
Cadres, professions intellectuelles supérieures		283	86,7	[82,0-91,3]
Professions intermédiaires		435	76,5	[71,2-81,8]
Employés		345	80,5	[75,7-85,2]
Ouvriers		257	75,0	[68,6-81,3]
Inactifs (chômeurs et autres)		266	78,4	[72,6-84,2]
Retraités		814	83,6	[80,3-87,0]
Étudiants		106	83,1	[75,6-90,6]
Limité depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement	2 617			
Non		1 970	81,4	[79,2-83,5]
Oui, pas fortement		455	79,8	[75,5-84,1]
Oui, très fortement		192	75,8	[68,2-83,5]
Se sentir informé sur les sujets de santé	2 601			
Se sent bien informé		1 125	81,1	[78,1-84,0]
Se sent moyennement informé		983	80,6	[77,6-83,7]
Se sent mal informé		493	80,1	[76,0-84,3]

¹ Degré de signification obtenu par le test d'indépendance sur données pondérées (Chi2 de Rao-Scott) entre chacune des variables explicatives et la variable « adhésion aux recommandations ».

Lecture : parmi les personnes ayant mémorisé la campagne, 83,7 % adhèrent aux recommandations.

IC95% : intervalle de confiance à 95% estimé à partir de la méthode de Wald.

Tableau 2

Facteurs liés à l'adhésion aux recommandations de prévention des lombalgies

Variable	OR ajusté ¹	IC95%	p ²
Avoir eu connaissance de la campagne de la Cnam (référence Non)			0,052
Oui	1,32	[1,00-1,74]	
Sexe (référence Homme)			0,966
Femme	0,99	[0,76-1,30]	
Âge (en continu)	1,01	[1,00-1,03]	0,028
Lieu d'habitation (référence Plus de 100 000 habitants)			0,132
Entre 20 000 et 99 999 habitants	0,81	[0,61-1,09]	<i>0,166</i>
Moins de 20 000 habitants	1,12	[0,83-1,52]	<i>0,454</i>
Profession et catégorie socioprofessionnelle (référence cadres et professions intellectuelles supérieures)			0,109
Agriculteurs exploitants, artisans, commerçants et chefs d'entreprise	0,69	[0,33-1,43]	<i>0,311</i>
Professions intermédiaires	0,50	[0,30-0,82]	0,007
Employés	0,62	[0,37-1,04]	<i>0,068</i>
Ouvriers	0,48	[0,28-0,83]	0,009
Inactifs (chômeurs et autres)	0,62	[0,36-1,06]	<i>0,080</i>
Retraités	0,59	[0,33-1,06]	<i>0,077</i>
Étudiants	0,97	[0,47-1,97]	<i>0,924</i>
Limité depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement (référence Non)			0,052
Oui, pas fortement	0,81	[0,59-1,11]	<i>0,190</i>
Oui, très fortement	0,59	[0,37-0,93]	0,023
Se sentir bien informé sur les sujets de santé (référence Se sent bien informé)			0,752
Se sent moyennement informé	1,07	[0,81-1,42]	<i>0,624</i>
Se sent mal informé	1,14	[0,80-1,61]	<i>0,466</i>

IC95% : Intervalle de confiance à 95%, OR : odds ratio.

¹ Ajustement sur tous les autres facteurs du modèle figurant dans ce tableau.

² Le degré de signification global de la variable (effet global sur le modèle) est déterminé par le Chi² de Wald. Le degré de signification par modalité est déterminé par l'analyse du maximum de vraisemblance.

Discussion

Synthèse

L'étude des facteurs influençant l'adhésion de la population française métropolitaine aux recommandations de prévention de la lombalgie chronique, mi-2019, a montré qu'avoir mémorisé la campagne grand public a tendance à augmenter la chance de se déclarer en accord avec cette proposition : « *Lorsqu'on a une lombalgie, le maintien de son activité physique (professionnelle ou autre) est préférable au repos* », avec un OR à la limite de la significativité (p=0,052). Plus l'âge augmente, plus cette chance augmente aussi. À l'inverse, les personnes très fortement limitées dans les activités courantes, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé (vs les personnes non limitées), les professions intermédiaires et les ouvriers (vs les cadres et professions intellectuelles supérieures), adhèrent significativement moins bien aux recommandations de prévention de la lombalgie chronique.

Associations entre la mémorisation de la campagne et l'adhésion aux recommandations

Les données du Baromètre santé 2019 complètent les résultats des enquêtes sur panel de la Cnam encadrant la campagne : seulement 32% des français n'estimaient pas que le repos est le meilleur remède

contre la lombalgie avant la campagne. Cette opinion montait à 55% en 2018 après la première diffusion de la campagne. En 2019, 77% des français étaient favorables au maintien des activités physiques en cas de mal de dos, notamment chez ceux ayant reconnu au moins un élément de la campagne (84% vs 68% pour les autres)¹⁵⁻¹⁷. Dans le Baromètre santé 2019, 78% de la population ayant un avis était en faveur du maintien des activités physiques et professionnelles (84% en cas de mémorisation spontanée de la campagne, 79% en l'absence de mémorisation). Les méthodes de ces enquêtes ne sont pas comparables, mais les proportions de personnes adhérant aux recommandations sont cohérentes.

Nos résultats vont dans le même sens que ceux des évaluations des campagnes étrangères¹⁴. Mais il serait nécessaire d'évaluer également les effets distaux (santé, bien-être de la population, économie, chronicisations évitées) testant la finalité des campagnes.

Associations entre les facteurs socio-démographiques et de santé et l'adhésion aux recommandations

Suman et coll. en 2017 au Canada¹⁰ mettaient en évidence que certaines mesures du statut socio-économique étaient associées aux croyances concernant les maux de dos et le mouvement.

Dans notre étude, les ouvriers et les professions intermédiaires adhèrent significativement moins aux recommandations que les cadres et professions intellectuelles supérieures. Le même phénomène est mis en évidence pour les employés, les inactifs et les retraités, de façon proche de la significativité statistique. Ces différences entre catégories socioprofessionnelles renforcent des inégalités sociales de santé déjà existantes, puisque les ouvriers sont déjà plus à risque de subir une chirurgie d'hernie discale²⁰ que les cadres et professions intellectuelles supérieures et puisque les professions intermédiaires, les ouvriers et les employés sont plus confrontés à des expositions professionnelles à risque de lombalgie^{6,21}. Le critère de jugement principal (l'adhésion aux recommandations) amalgame, d'une part, la notion de connaissance et, de l'autre, la notion d'acceptation des recommandations de prévention. Il serait intéressant de documenter si ces CSP sont plutôt mal informées ou bien en désaccord avec les recommandations, et si les personnes ayant un travail à risque et en désaccord avec les recommandations répondent plus favorablement à une question portant uniquement sur les activités quotidiennes ou bien sur les activités professionnelles « adaptées ». Il est également possible que les personnes les moins concernées par les lombalgies adhèrent plus facilement à des recommandations qui ne les concernent pas. Les personnes fortement limitées depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé dans les activités de la vie quotidienne adhèrent moins aux recommandations que celles ne l'étant pas. Ce résultat est difficilement interprétable en l'absence de connaissance des pathologies sous-jacentes. Cependant, s'il s'agit de personnes ayant eu une lombalgie chronique, devant donc être plus sensibilisées aux recommandations de prévention, une meilleure adhésion pourrait être attendue. Les recommandations apparaissent peut-être en décalage avec la réalité vécue par les personnes en situation de handicap ou d'incapacité, et mériteraient peut-être davantage d'explications et de réassurance pour ces publics. Par ailleurs, plusieurs études ont montré que les femmes sont plus à risque de lombalgie que les hommes²²⁻²⁴. Cet excès de risque, en France, ne semble pas influencer l'adhésion aux recommandations.

Forces et limites

Notre étude permet de mettre en évidence l'association entre la mémorisation de la campagne et l'adhésion aux recommandations, indépendamment des caractéristiques sociodémographiques et de santé des Français. Elle vient conforter l'observation statistique brute significative antérieure d'une meilleure adhésion aux recommandations après la première diffusion de la campagne qu'avant celle-ci¹⁷. Nos résultats mettent en lumière la nécessité d'une prévention plus ciblée sur les CSP les plus à risque de lombalgie, se déclarant le moins en accord avec les recommandations.

Des limites et axes d'amélioration sont à souligner : cette étude n'ayant pas été construite en amont de la campagne, elle n'en constitue pas une évaluation. La construction *a posteriori* du groupe témoin non

exposé à la campagne peut être à l'origine d'un biais de classement sur l'exposition et, ou, d'un biais de contamination, diminuant son effet. Les personnes ayant eu connaissance des recommandations par quelqu'un ayant vu la campagne, ou par un professionnel de santé lui-même sensibilisé par le volet professionnel de celle-ci, n'auront pas forcément identifié la campagne en tant que telle. Des personnes peuvent également avoir été exposées à la campagne et l'avoir oubliée. Ceci pourrait expliquer la différence moindre de fréquence d'adhésion aux recommandations observée entre les personnes ayant spontanément mémorisé la campagne ou non (Baromètre santé) et celles ayant reconnu au moins un élément présenté de la campagne ou non (enquête post-test Cnam). Ensuite, la précision du modèle est impactée par nos deux variables proxy. Des informations plus précises sur les antécédents de lombalgie permettraient de mieux prendre en compte le biais de confusion lié au fait que les personnes souffrant de lombalgie puissent être plus ou moins sensibles à la campagne, alors qu'elles peuvent connaître déjà par ailleurs les recommandations. De plus, nous ne disposons pas du niveau d'activité physique des personnes interrogées, alors même que la sédentarité pourrait avoir un impact sur l'adhésion aux recommandations. Nous devrions également intégrer une mesure rigoureuse du niveau de littératie en santé : une analyse complémentaire sur la mémorisation de la campagne en fonction des mêmes variables explicatives que précédemment met en avant que les personnes se sentant moyennement ou mal informées sur les sujets de santé ont significativement moins eu connaissance de la campagne que celles se sentant bien informées (résultats non présentés). Ces éléments pourraient être en faveur de l'adaptation du message de cette campagne au niveau de littératie des différents publics à cibler, mesuré avec des échelles adéquates en amont des prochaines diffusions : tenir compte du niveau de littératie en santé lors de stratégies de prévention visant à réduire les inégalités sociales de santé améliorerait l'engagement du patient, la prise de décisions éclairées et l'impact final sur la santé²⁵. Nous n'avons pas pu, par ailleurs, nous assurer de l'absence d'éventuels effets adverses de la campagne. Enfin, la proportion d'événements (personnes se déclarant en accord avec les recommandations) est très élevée et correspond à 78% de la population d'étude. L'importance de la différence à mettre en évidence entre les groupes était donc, de fait, limitée, et une plus grande population d'étude est nécessaire.

Conclusion

La lombalgie reste actuellement une problématique majeure de santé publique^{1,4}. En France, la campagne de prévention de grande ampleur de la Cnam « *Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement* » diffusée à plusieurs reprises depuis 2017 semble avoir eu un impact positif sur l'adhésion aux recommandations de prévention de la lombalgie

chronique. Cependant, des disparités marquantes existent, les CSP les plus à risque de problème de dos, notamment celle d'ouvrier, connaissant et acceptant moins les recommandations que les cadres et professions intellectuelles supérieures. Prioriser les messages ciblés vers ces publics en les adaptant à leur niveau mesuré de littératie en santé, pourrait être un moyen possible de lutter contre les inégalités de santé liées à cette problématique. De surcroît, l'effet final de la campagne sur les consultations médicales liées au mal de dos, l'utilisation de l'imagerie et des soins, la prévalence et l'incidence de la lombalgie chronique doit encore être étudié. ■

Remerciements

Nous remercions le Docteur Florian Bailly (AP-HP, Sorbonne Université) pour sa relecture.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2012;379(9814):482-91.
- [2] Haute Autorité de santé. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Saint-Denis: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
- [3] GBD 2017. Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789-858.
- [4] Dagenais S, Caro J, Haldeman S. A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. *The Spine Journal*. 2008;8(1):8-20.
- [5] Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Travail et lombalgie. Du facteur de risque au facteur de soin. Paris: INRS; 2019. 32 p. <http://www.inrs.fr/media.html?ref=INRS=ED%206087>
- [6] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Lombalgies en milieu professionnel. Quels facteurs de risque et quelle prévention? Paris: Inserm; 2000. 151 p. <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/36>
- [7] Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *N Engl J Med*. 2001;344(5):363-70.
- [8] Almeida M, Saragiotto B, Richards B, Maher CG. Primary care management of non-specific low back pain: key messages from recent clinical guidelines. *Med J Aust*. 2018;208(6):272-5.
- [9] Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*. 2017;166(7):514-30.
- [10] Suman A, Bostick GP, Schaafsma FG, Anema JR, Gross DP. Associations between measures of socio-economic status, beliefs about back pain, and exposure to a mass media campaign to improve back beliefs. *BMC Public Health*. 2017;17(1):504.
- [11] Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018;391(10137):2368-83.

[12] Palazzo C, Rannou F, Poiraudou S. Peurs, croyances et attitudes d'évitement au cours de la lombalgie. *Revue du Rhumatisme Monographies*. 2014;81(1):46-51.

[13] Buchbinder R, Tulder M van, Öberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, et al. Low back pain: a call for action. *The Lancet*. 2018;391(10137):2384-8.

[14] Suman A, Armijo-Olivo S, Deshpande S, Marietta-Vasquez J, Dennett L, Miciak M, et al. A systematic review of the effectiveness of mass media campaigns for the management of low back pain. *Disability and Rehabilitation*. 2020;43(24):1-29.

[15] Caisse nationale d'assurance maladie. « *Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement* » : sensibilisation sur la lombalgie. Paris: Cnam; 2020. <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/campagnes-communication/sensibilisation-lombalgie>

[16] Caisse nationale d'assurance maladie. Programme de sensibilisation sur la lombalgie. Paris: Cnam; 2017. https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2017-11-16-dp-campagne-lombalgie?f%5B0%5D=title_search%3Alombalgie.

[17] Badard M, Certain M, Rannou F, Ribnik P, Dufour X, Bailly F, et al. OP0103 Effects on a French mass media campaign on back pain beliefs and behaviors. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2019;78(2):124.2.

[18] Soullier N, Richard J, Gautier A. Baromètre santé 2019. Méthode d'enquête. Objectifs, contexte de mise en place et protocole. Saint-Maurice: Santé publique France, 2021, 14 p.

[19] Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2013;13:658.

[20] Fouquet N, Descatha A, Ha C, Petit A, Roquelaure Y. An epidemiological surveillance network of lumbar disc surgery to help prevention of and compensation for low back pain. *Eur J Public Health*. 2016;26(4):543-8.

[21] Punnett L, Prüss-Ütün A, Nelson DI, Fingerhut MA, Leigh J, Tak S, et al. Estimating the global burden of low back pain attributable to combined occupational exposures. *American Journal of Industrial Medicine*. 2005;48(6):459-69.

[22] Angarita-Fonseca A, Trask C, Shah T, Bath B. Stable prevalence of chronic back disorders across gender, age, residence, and physical activity in Canadian adults from 2007 to 2014. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1121.

[23] Sung DM and J. A prediction model of low back pain risk: a population based cohort study in Korea. *The Korean Journal of Pain*. 2020;33(2):153-65.

[24] Carton M, Santin G, Leclerc A, Gueguen A, Goldberg M, Roquelaure Y, et al. Prévalence des troubles musculo-squelettiques et des facteurs biomécaniques d'origine professionnelle : premières estimations à partir de Constances. *Bull Épidémiol Hebd*. 2016;(35-36):630-9.

[25] Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ*. 2007;335(7609):24.

Citer cet article

Agius R, Fouquet N, Soullier N, Ohouo D, Schramm S, Chazelle É. Facteurs associés à l'adhésion de la population française aux recommandations pour la prévention de la lombalgie chronique, à la suite de la campagne grand public de l'Assurance maladie : « *Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement* ». *Bull Épidémiol Hebd*. 2022;(13):222-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/13/2022_13_1.html

INCIDENCE DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES ASSOCIÉS AUX SOINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (ENEIS 3) : QUELLE ÉVOLUTION DIX ANS APRÈS ?

// EVOLUTION IN INCIDENCE OF ADVERSE EVENTS IN FRENCH HEALTH CARE OVER TEN YEARS OF THE ENEIS 3 SURVEY

Philippe Michel¹ (philippe.michel@chu-lyon.fr), Jean-Luc Quenon², Valentin Daucourt³, Sarah Burdet⁴, Damien Hoarau⁴, Anna Klich⁵, Catherine Pourin², Muriel Rabilloud⁵, Cyrille Colin⁴

¹ Unité 1290 Research on healthcare performance (Reshape) – Institut national de la santé et de la recherche médicale – Université Claude-Bernard-Lyon-I, Hospices civils de Lyon

² Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Nouvelle-Aquitaine (Ccecaq), Pessac

³ Réseau qualité en santé Bourgogne-Franche-Comté (Réqua), Besançon

⁴ Coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en Auvergne-Rhône-Alpes (Ceppraal), Lyon

⁵ Service de biostatistique et bioinformatique, Pôle de santé publique – Hospices civils de Lyon

Soumis le 01.02.2022 // Date of submission: 02.01.2022

Résumé // Abstract

Introduction – L'étude Eneis 3 visait à suivre l'évolution de l'incidence des événements indésirables graves (EIG) associés aux soins dans les établissements de santé entre 2009 et 2019.

Méthode – Une enquête nationale, longitudinale, prospective d'incidence sur une population ouverte de séjours de patients hospitalisés à temps complet et suivis pendant une période de sept jours, à partir d'un échantillon tiré au sort d'établissements de santé publics et privés en France métropolitaine selon un plan d'échantillonnage en grappe à trois degrés (département, établissement, unité de soins) et stratifié (médecine, chirurgie).

Résultats – Cent vingt-trois EIG ont été identifiés lors du suivi de 4 825 patients sur 21 686 journées d'observation. En moyenne, on observait 4,4 événements indésirables graves (EIG) (intervalle de confiance à 95%: IC95%: [2,9-6,8]) en 2019 pour 1 000 jours d'hospitalisation, dont 34% évitables. Des EIG ont causé 2,6% [1,8-3,8] des séjours, dont 53% étaient évitables. Parmi les 61 EIG éligibles à la déclaration, un seul l'avait été lors de la collecte des données.

La densité d'incidence des EIG évitables survenus pendant l'hospitalisation a diminué statistiquement entre 2009 et 2019. En médecine, une tendance à la baisse dans toutes les spécialités, sauf en soins critiques a été observée. En chirurgie, la densité d'incidence n'a diminué de manière statistiquement significative que dans les CHU (centres hospitaliers universitaires). Les EIG évitables liés aux actes invasifs ont diminué dans les secteurs interventionnels, et non pour les actes chirurgicaux. Les EIG évitables relatifs aux produits de santé concernent principalement les médicaments, avec une classification des médicaments les plus à risque similaire en 2009 et en 2019. En revanche, les EIG évitables associés aux dispositifs médicaux implantables (DMI) sont stables sur la période. Les EIG évitables dus à une infection associée aux soins diminuent également, à la limite de la significativité statistique.

Les facteurs liés aux conditions de travail des équipes apparaissent plus souvent contributifs à la survenue des EIG.

Discussion-conclusion – L'étude Eneis 3 montre une baisse statistiquement significative des EIG évitables et de leur gravité entre 2009 et 2019, mais la vigilance doit être maintenue sur la chirurgie, les soins critiques et sur les DMI pour les événements survenus pendant l'hospitalisation. La péjoration des facteurs contributifs à ces événements proviendrait du fait de la meilleure formation des enquêteurs à l'analyse systémique en 2019, au manque persistant de pratiques collaboratives et à la difficulté renforcée des conditions de travail des personnels soignants actuels. La hausse de la proportion des réhospitalisations parmi les EIG causes d'hospitalisation nécessite de poursuivre la sécurisation des sorties, dans le contexte de réduction des durées de séjour. Enfin, la sous-déclaration des EIG nécessite de renforcer la formation des professionnels de santé à la sécurité des patients. Pour toutes ces raisons, et conformément aux conclusions du rapport du Haut Conseil de santé publique (HCSP) en 2018, la sécurité des soins doit rester une priorité des politiques de santé.

Introduction – Eneis 3 was launched to track the incidence of serious adverse events (SAE) associated with treatment received in French healthcare facilities between 2009 and 2019.

Methods – Eneis 3 is a national, longitudinal, prospective study on SAE incidence conducted on an open population of hospital inpatients followed for a period of 7 days. Participants were drawn at random from voluntary public and private hospitals in metropolitan France according to a three-stage (department, hospital, care unit) and stratified (medicine, surgery) cluster sampling plan.

Results – 4,825 patients over 21,696 observation days were included. A total of 123 adverse events were identified. In 2019, 4.4 SAEs (CI 95%: [2.9-6.8]) were observed per 1,000 hospital days, of which 34% were preventable. Adverse events caused 2.6% [1.8-3.8] of admissions, of which 53% were preventable. Among the 61 SAE eligible for national reporting, only one was declared.

The incidence density of preventable events during hospitalisation decreased statistically between 2009 and 2019. In medicine, a downward trend in all specialties except intensive care was observed. In surgery, the incidence density decreased statistically in academic hospitals only. Avoidable SAEs associated with invasive procedures decreased in interventional sectors but not in surgical procedures. SAEs related to health products mainly concerned drugs, with a similar ranking of the most at risk drugs in 2009 and in 2019. On the other hand, the events associated with implantable medical devices (IMD) were stable over the period. Adverse events due to health-care associated infections are also decreasing, bordering on statistical significance.

The working conditions of clinical teams appeared as the most frequent contributing factors to SAEs.

Discussion-conclusion – The third French national SAE survey (Eneis 3) shows a statistically significant drop in preventable adverse events and in their severity between 2009 and 2019. However, vigilance towards the risks linked to surgical procedures, intensive care and implantable medical devices must be maintained regarding events occurring during hospitalisation. The increased prevalence of organisational contributing factors may be influenced by a measurement bias related to better trained investigators in 2019, persistent teamwork failures and a deterioration in working conditions over the last decade. The increase in the proportion of readmissions among SAEs that caused hospitalisation highlight a need to reinforce security during the discharge process, in the context of reduced lengths of stay in hospital. Finally, fact that SAEs were rarely declared shows a need to strengthen the training of healthcare professionals to reinforce a culture of patient safety. For all these reasons, and in accordance with the conclusions of the report of the Haut Conseil de santé publique in 2018, patient safety must remain a health policy priority in France.

Mots-clés : Événements indésirables associés aux soins, Incidence, Hospitalisation évitable, Gestion des risques
// Keywords: Healthcare-related adverse events, Incidence, Preventable hospital admission, Risk management

Introduction

Après les études nationales sur les événements indésirables associés aux soins (Eneis) dans les établissements de santé en 2004¹ et 2009^{2,3}, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a reconduit une étude similaire en 2019, appelée Eneis 3⁴. En 2019, l'ambition était de réaliser une enquête également en soins primaires et dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (Ehpad). Du fait de la pandémie, la première est mise en œuvre en 2022 et la seconde, qui avait démarré en février 2020 juste avant la première vague, a dû être abandonnée. La maîtrise d'œuvre a été confiée à la Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques en santé (Forap) (Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Nouvelle-Aquitaine (Cceqqa), puis Coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en santé en Auvergne-Rhône-Alpes (Cepraal))⁵, et la responsabilité scientifique aux Hospices civils de Lyon (HCL) et à l'équipe Inserm U1290 Reshape.

Conformément aux études antérieures, l'objectif principal de l'enquête visait à estimer l'incidence des événements indésirables graves (EIG) associés aux soins de deux types : ceux qui causent les hospitalisations et ceux qui sont identifiés pendant l'hospitalisation. Les objectifs associés étaient de définir la gravité et la part évitable de ces événements, de décrire les causes immédiates et les facteurs contributifs. En 2019, nous avons de plus mesuré la proportion des événements indésirables graves déclarés à l'Agence régionale de santé (ARS) par l'établissement de santé parmi les événements identifiés lors de l'enquête.

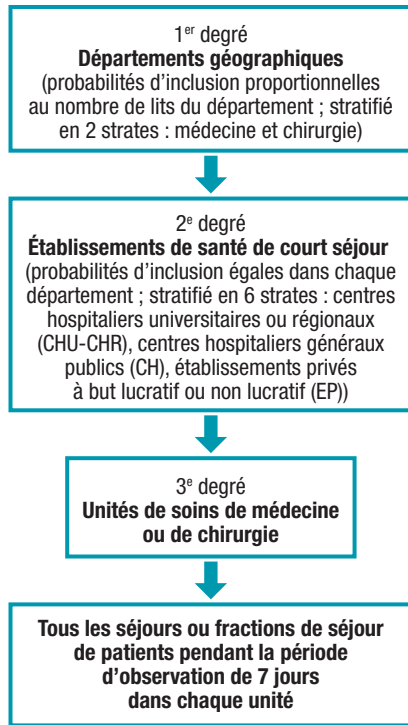
Méthode

Un événement indésirable associé aux soins était un événement clinique ou paraclinique, non désiré pour le patient, consécutif aux stratégies et actes de prévention, de diagnostic, de traitement ou de surveillance relatifs à la prise en charge du patient. Les événements indésirables survenus pendant l'observation ont été considérés comme graves s'ils étaient associés à un décès ou à une menace vitale, s'ils étaient susceptibles d'entraîner une prolongation de l'hospitalisation d'au moins un jour, un handicap ou une incapacité à la fin de l'hospitalisation dans l'unité concernée par l'étude. Tous les événements indésirables à l'origine de l'hospitalisation et consécutifs à des soins antérieurs en soins de santé primaires ou dans le cadre d'une hospitalisation, étaient par convention considérés comme graves. Un événement évitable se définissait comme un événement indésirable qui ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de la survenue de l'événement.

La méthode a été strictement identique à celle des deux premières enquêtes de 2004 et 2009, afin de permettre la comparaison des résultats⁶. Elle est détaillée par ailleurs⁴.

Le type d'étude était une enquête nationale, longitudinale, prospective d'incidence sur une population ouverte de séjours de patients hospitalisés à temps complet et suivis pendant une période de sept jours, à partir d'un échantillon tiré au sort d'établissements de santé volontaires en France métropolitaine selon un sondage en grappe à trois degrés et stratifié (figure). L'enquête était réalisée dans le cadre de la loi 51-711 du 7 juin 1951 qui encadre

Plan d'échantillonnage de l'enquête Eneis 3



les travaux du système statistique français et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

La population cible était tous les patients hospitalisés dans les services de médecine et de chirurgie dans les établissements de santé de court séjour. Étaient exclus les patients en hospitalisation de jour, dans des services de psychiatrie, d'obstétrique, et les séjours patients en lits-portes dans le service des urgences. La collecte des données a été menée par des enquêteurs (médecins et infirmiers) formés pour l'occasion. Les infirmiers réalisaient la détection dans les services tirés au sort, à l'occasion de trois passages sur les sept jours. Les médecins enquêteurs analysaient le dossier des patients avec au moins un critère positif de détection, et rencontraient les professionnels médicaux et paramédicaux du service. Les trois outils de recueil utilisés (détection, confirmation, évitabilité) ont été utilisés dans des enquêtes similaires dans les pays développés⁷ ou en développement⁸.

Un contrôle de la qualité des données a été réalisé à toutes les étapes. Notamment, tous les événements liés aux actes invasifs ou aux médicaments et les infections associées aux soins ont été expertisés par des experts extérieurs à l'enquête pour valider les événements identifiés et leur caractérisation.

Une analyse descriptive a été réalisée globalement et par strates, sur le type d'établissement et la discipline (médecine et chirurgie), pour les taux d'incidence de nouveaux EIG identifiés dans l'unité d'hospitalisation rapportés au nombre de jours d'hospitalisation observés, et pour la proportion des patients admis pour un EIG. Les caractéristiques des patients avec des EIG (âge, gravité clinique, provenance) et caractéristiques des EIG (type de gravité, types d'expositions

et de mécanismes, causes immédiates et facteurs contributifs) ont été décrites, ainsi que la proportion d'EIG déclarés à l'ARS.

Les comparaisons de densités d'incidence et de proportions de séjours-patients entre 2009 et 2019 ont été réalisées pour l'ensemble des EIG, puis pour les événements indésirables évitables, non évitables, par type de conséquence (décès, prolongation, incapacité, pronostic vital), par type d'exposition ou de mécanisme de survenue de l'événement (événements liés à une procédure invasive, à un produit de santé) et par discipline (médecine ou chirurgie). La comparaison de densités d'incidence a été menée en utilisant le modèle de quasi-Poisson. La variable à expliquer était le nombre d'EIG identifiés pendant l'hospitalisation de chaque patient, et le nombre de jours d'observation était pris en compte dans un terme offset sur l'échelle logarithmique. Les variables d'ajustement étaient la discipline (médecine ou chirurgie) et le type d'établissement (centres hospitaliers universitaires ou régionaux (CHU-CHR), centres hospitaliers généraux publics (CH), établissements privés à but lucratif et non lucratif (EP)) et l'âge des patients. La comparaison de proportions de séjours-patients admis pour au moins un EIG entre 2009 et 2019 a été menée par régression logistique. La variable à expliquer était pour chaque séjour-patient, la présence ou non d'un EIG cause d'hospitalisation. Une variable binaire indiquant l'année d'étude était introduite systématiquement. Les variables d'ajustement étaient la discipline (médecine ou chirurgie), le type d'établissement (CHU-CHR, CH, EP) et l'âge des patients. Le calcul de poids pour le redressement des estimations 2009 et 2019 et les analyses statistiques ont été réalisées sur le logiciel R grâce aux commandes `svyglm`, package `survey` (modèles de régression logistique et quasi-Poisson permettant la prise en compte des poids et du plan d'échantillonnage en grappes). Un seuil de significativité à 5% a été utilisé pour tous les tests de comparaison.

Résultats

Ce sont 16 départements, 59 établissements de santé et 154 unités de soin (avec un équilibre entre la médecine et la chirurgie) qui ont été tirés au sort. Au final, 4 825 patients ont été observés sur 21 696 journées d'observation, pour 123 événements indésirables graves identifiés (80 pendant l'hospitalisation et 43 causes d'hospitalisation).

Résultats 2019

Pour les EIG survenus pendant l'hospitalisation, on observait en moyenne, en 2019, 4,4 EIG (intervalle de confiance à 95%: IC95%: [2,9-6,8]) pour 1 000 jours d'hospitalisation. Ils ont été associés (plusieurs conséquences possibles) à la survenue de 7 décès, 16 incapacités permanentes probables à la sortie, 29 mises en jeu du pronostic vital, et 63 prolongations d'hospitalisation, dont 37 (47%) sans autre critère de gravité. Parmi eux, 34% ont été considérés comme évitables soit une densité d'incidence de 1,4‰. La densité d'incidence était plus élevée en chirurgie (2,0‰) qu'en médecine (0,8‰) (tableau 1).

La fragilité des patients est le facteur contributif le plus fréquemment retrouvé dans la survenue de tous les EIG. Parmi les facteurs contributifs à la survenue des EIG pendant l'hospitalisation, les défaillances individuelles et le manque de communication entre professionnels étaient les plus fréquemment retrouvés (tableau 2).

Des événements indésirables ont causé 2,6% [1,8-3,8] des séjours dans un service de médecine ou de chirurgie en 2019. Les EIG causes d'hospitalisation ont provoqué (plusieurs conséquences possibles) un décès, 11 mises en jeu du pronostic vital, 11 incapacités à la sortie et 23 EIG étaient sans marqueur de gravité autre que l'hospitalisation. Parmi ces EIG, 53% étaient évitables, soit une proportion de séjours de 1,2% [0,8-1,9] (tableau 3) ; ils étaient plus fréquents en médecine qu'en chirurgie. Dans 42% des cas, les EIG causes d'hospitalisation étaient directement consécutifs à une hospitalisation précédente. Pour les 58% restants, ils ont été identifiés en ville, sans lien direct avec une hospitalisation précédente, mais ce lien ne peut être exclu.

Concernant la déclaration des EIG, 61 des 123 événements remplissaient les critères du décret de 2016 et devaient être déclarés à l'ARS. Lors du passage des enquêteurs, un seul événement avait été déclaré à l'ARS.

Comparaison 2009-2019

Le taux de participation des établissements était de 71% en 2009 (81 sur 114) et de 49% en 2019 (59 sur 81). La comparaison des résultats des enquêtes de 2009 et 2019 permet de constater que les échantillons de patients étaient comparables, hormis sur le plan de l'âge (patients plus âgés en 2019) et de la durée des séjours (plus courte en 2019), ce qui correspond à l'évolution générale des populations hospitalisées.

La densité d'incidence globale des EIG survenus pendant l'hospitalisation, et la densité des EIG non évitables survenus pendant l'hospitalisation, n'ont pas diminué statistiquement entre 2009 et 2019.

En revanche, la densité d'incidence des EIG évitables survenus pendant l'hospitalisation a diminué statistiquement entre 2009 et 2019 (tableau 1). En médecine,

Tableau 1

Densités d'incidence (nombre d'événements pour 1 000 journées d'hospitalisation) pour les EIG évitables identifiés pendant l'hospitalisation

Discipline et type d'établissement	EIG évitables (2009)				EIG évitables (2019)				RR	IC95%
	Nb jours observés	Nb	(‰)	IC95%	Nb jours observés	Nb	(‰)	IC95%		
Médecine										
CHU-CHR	6 721	19	(2,8)	[1,7-4,7]	3 501	5	(1,2)	[0,4-3,4]	0,6	[0,2-1,9]
CH	6 127	14	(2,6)	[0,7-10,3]	6 175	6	(0,6)	[0,3-1,0]	0,3	[0,1-1,2]
EP	4 691	10	(2,3)	[1,3-3,9]	1 982	2	(1,3)	[0,5-3,5]	0,6	[0,2-2,1]
Total médecine	17 539	43	(2,7)	[1,1-6,6]	11 658	13	(0,8)	[0,5-1,4]	0,3	[0,1-0,9]
Chirurgie										
CHU-CHR	6 191	22	(4,3)	[2,7-6,8]	2 822	3	(1,5)	[0,6-3,7]	0,3	[0,1-0,9]
CH	4 171	12	(2,7)	[1,8-4,0]	2 336	5	(2,2)	[1,3-3,8]	0,9	[0,4-1,8]
EP	3 762	10	(2,3)	[1,7-3,2]	4 870	6	(2,2)	[0,9-5,2]	1,0	[0,4-2,5]
Total chirurgie	14 124	44	(3,4)	[2,3-5,1]	10 028	14	(2,0)	[1,4-2,9]	0,6	[0,3-1,0]
Total	31 663	87	(2,9)	[1,5-5,4]	21 686	27	(1,4)	[0,9-2,0]	0,4	[0,2-0,8]

Les chiffres soulignés indiquent une différence statistiquement significative.

EIG : événements indésirables graves. CHU-CHR : centres hospitaliers universitaires ou régionaux ; CH : centres hospitaliers généraux publics ; EP : établissements privés à but lucratif et non lucratif.

IC95% : intervalle de confiance à 95%. RR : risque relatif.

Tableau 2

Répartition des facteurs contributifs à la survenue des EIG pendant l'hospitalisation

Facteurs ayant favorisé l'EIG	EIG total				EIG évitables			
	2009 (n=214)		2019 (n=80)		2009 (n=87)		2019 (n=27)	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
Défaillance humaine à l'origine de l'EIG	25	(11,7)	16	(20,3)	24	(27,6)	13	(48,1)
Meilleure supervision nécessaire	32	(15,0)	7	(8,9)	23	(26,4)	4	(14,8)
Mauvaise définition de l'organisation et de la réalisation des tâches	29	(13,6)	10	(12,8)	11	(12,6)	6	(22,2)
Communication entre professionnels et entre services insuffisante	31	(14,5)	12	(15,2)	21	(24,1)	7	(25,9)
Composition de l'équipe de soins inadéquate	22	(10,3)	8	(10,4)	14	(16,1)	5	(18,5)
Locaux, équipements, fourniture et produits de santé inappropriés	23	(10,7)	11	(13,9)	15	(17,2)	6	(22,2)
Défaut culture qualité ou sécurité	17	(7,9)	9	(11,5)	7	(8,0)	5	(18,5)

Les chiffres soulignés indiquent une différence statistiquement significative.

EIG : événement indésirable grave.

l'enquête a permis de constater une tendance à la baisse dans toutes les spécialités, sauf en soins critiques. En chirurgie, la densité d'incidence n'a diminué de manière statistiquement significative que dans les CHU, et dans les catégories qui ne comprenaient pas de services de chirurgie regroupée.

En ce qui concerne la gravité, une baisse significative a également été observée sur la mise en jeu du pronostic vital, de l'incapacité et du décès, mais pas sur la prolongation des hospitalisations (tableau 4). Sur les types de situations dangereuses, les EIG

évitables liés aux actes invasifs ont diminué dans les secteurs interventionnels, et non pour les actes chirurgicaux. Les EIG relatifs aux produits de santé concernaient principalement les médicaments, avec une classification des médicaments les plus à risque similaire en 2009 et en 2019. En revanche, les événements associés aux dispositifs médicaux implantables étaient stables sur la période. Les événements indésirables dus à une infection associée aux soins ont également diminué, à la limite de la signification statistique (tableau 5).

Tableau 3

Proportion de séjours causés par des EIG évitables

Discipline et type d'établissement	EIG évitables (2009)				EIG évitables (2019)				OR	IC95%
	Nb séjours observés	Nb	(%)	IC95%	Nb séjours observés	Nb	(%)	IC95%		
Médecine										
CHU-CHR	693	19	<u>(2,9)</u>	[2,1-4,1]	289	3	<u>(1,8)</u>	[1,1-2,8]	0,4	[0,2-0,6]
CH	658	21	<u>(4,3)</u>	[3,0-6,2]	521	8	<u>(1,7)</u>	[0,7-4,3]	0,3	[0,1-0,4]
EP	620	10	<u>(1,6)</u>	[0,7-3,3]	146	1	<u>(0,4)</u>	[0,3-0,6]	0,1	[0,1-0,2]
Total médecine	1 971	50	<u>(3,8)</u>	[2,7-5,4]	956	12	<u>(1,6)</u>	[0,8-2,9]	0,3	[0,2-0,4]
Chirurgie										
CHU-CHR	791	18	<u>(2,1)</u>	[1,4-3,1]	305	1	<u>(0,6)</u>	[0,1-2,6]	0,1	[0,0-0,3]
CH	688	8	<u>(1,1)</u>	[0,7-1,7]	299	2	<u>(0,9)</u>	[0,5-1,6]	0,5	[0,3-0,7]
EP	611	13	<u>(2,0)</u>	[1,2-3,5]	671	8	<u>(1,4)</u>	[0,5-3,4]	0,4	[0,2-0,7]
Total chirurgie	2 090	39	<u>(1,7)</u>	[1,2-2,4]	1 275	11	<u>(1,0)</u>	[0,6-1,7]	0,3	[0,2-0,5]
Total	4 061	89	<u>(3,1)</u>	[2,1-4,7]	2 231	23	<u>(1,2)</u>	[0,8-1,9]	0,3	[0,2-0,4]

Les chiffres soulignés indiquent une différence statistiquement significative.

CHU-CHR : centres hospitaliers universitaires ou régionaux ; CH : centres hospitaliers généraux publics ; EP : établissements privés à but lucratif et non lucratif. OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Tableau 4

Densités d'incidence (nombre d'événements pour 1 000 jours d'hospitalisation) selon le type de gravité associé aux EIG évitables identifiés pendant l'hospitalisation

Type de gravité	EIG évitables (2009)			EIG évitables (2019)			RR ^c	IC95%
	nb	(‰)	IC95%	nb	(‰)	IC95%		
Prolongation ^a	61	(2,0)	[1,1-3,5]	25	(1,3)	[0,9-1,9]	0,5	[0,3-1,0]
<i>Prolongation seule</i>	30	<u>(1,1)</u>	[0,6-2,1]	15	<u>(0,8)</u>	[0,5-1,3]	<u>0,6</u>	[0,3-1,2]
Pronostic vital ^a	31	<u>(0,7)</u>	[0,4-1,3]	8	<u>(0,4)</u>	[0,2-1,0]	<u>0,4</u>	[0,2-0,9]
<i>Pronostic vital seul</i>	13	<u>(0,4)</u>	[0,2-0,8]	1	<u>(0,0)</u>	[0,0-0,2]	<u>0,2</u>	[0,0-0,9]
Incapacité ^a	25	<u>(0,7)</u>	[0,4-1,3]	6	<u>(0,3)</u>	[0,1-0,7]	<u>0,4</u>	[0,1-0,9]
<i>Incapacité seule</i>	5	<u>(0,1)</u>	[0,0-0,3]	0	<u>(0,0)</u>	[0,0-0,0]	<u>0,0</u>	[0,0-0,0]
Prolongation et pronostic vital	11	(0,2)	[0,1-0,5]	4	(0,2)	[0,0-0,8]	0,6	[0,1-2,8]
Prolongation et incapacité	13	(0,5)	[0,2-1,1]	3	(0,1)	[0,-0,4]	0,3	[0,1-1,4]
Pronostic vital et incapacité	0	(0,0)	[0,0-0,0]	0	(0,0)	-	-	-
Les trois types de gravité	7	(0,1)	[0,1-0,4]	3	(0,2)	[0,1-0,6]	0,8	[0,4-1,9]
Décès ^b	8	<u>(0,4)</u>	[0,1-1,7]	1	<u>(0,0)</u>	[0,0-0,3]	<u>0,1</u>	[0,0-0,3]

EIG : événement indésirable grave. IC95% : intervalle de confiance à 95%.

La somme est supérieure au nombre total d'EIG car un EIG pouvait avoir plusieurs critères de gravité. Les chiffres soulignés indiquent une différence statistiquement significative.

^a Associé(e) ou non à un autre critère de gravité.

^b Le fait que le décès soit associé à un EIG ne signifie pas forcément qu'il en soit directement la cause. Les densités d'incidence calculées prennent en compte l'effet grappe de la procédure d'échantillonnage. Le résultat ne peut pas se retrouver directement à partir de rapports d'effectifs observés.

^c RR : risque relatif de 2019 par rapport à 2009 ajusté sur l'âge des patients, discipline (médecine ou chirurgie) et type d'établissement (centres hospitaliers universitaires ou régionaux, centres hospitaliers généraux publics, établissements privés à but lucratif et non lucratif) en utilisant le modèle de quasi-Poisson.

Tableau 5

Densités d'incidence (nombre d'événements pour 1 000 jours d'hospitalisation) des EIG évitables selon les expositions (actes invasifs et médicaments) et les mécanismes (infections) les plus fréquents

EIG identifiés pendant l'hospitalisation liés à :	EIG évitables (2009)			EIG évitables (2019)			RR ^a	IC95%
	nb	(‰)	IC95%	nb	(‰)	IC95%		
Une procédure	58	(2,0)	[1,0-3,8]	18	(1,1)	[0,6-1,9]	0,4	[0,2-0,8]
<i>dont acte invasif</i>	45	(1,5)	[0,8-2,8]	15	(0,9)	[0,5-1,6]	0,4	[0,2-0,8]
<i>dont intervention chirurgicale</i>	25	(0,5)	[0,2-1,1]	10	(0,7)	[0,3-1,3]	0,7	[0,4-1,4]
Un produit de santé	41	(1,2)	[0,6-2,3]	12	(0,5)	[0,3-0,9]	0,4	[0,2-1,0]
<i>dont médicament</i>	24	(0,7)	[0,3-1,5]	4	(0,2)	[0,1-0,5]	0,2	[0,1-0,7]
<i>dont dispositif médical implantable</i>	5	(0,3)	[0,1-0,7]	3	(0,2)	[0,1-0,6]	0,6	[0,1-2,3]
<i>dont autre dispositif médical</i>	5	(0,1)	[0,0-0,6]	2	(0,1)	[0,0-0,4]	0,8	[0,2-4,3]
Une infection liée aux soins	28	(1,1)	[0,5-2,2]	11	(0,6)	[0,3-1,4]	0,4	[0,2-1,0]

EIG : événements indésirables graves. IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Les densités d'incidence calculées prennent en compte l'effet grappe de la procédure d'échantillonnage. Le résultat ne peut pas se retrouver directement à partir de rapports d'effectifs observés. Les chiffres soulignés indiquent une différence statistiquement significative.

^a RR : risque relatif de 2009 par rapport à 2004 ajusté sur l'âge des patients, discipline (médecine ou chirurgie) et type d'établissement (centres hospitaliers universitaires ou régionaux, centres hospitaliers généraux publics, établissements privés à but lucratif et non lucratif) en utilisant le modèle quasi-Poisson.

Certains facteurs contributifs semblaient plus fréquents en 2019, comme la défaillance humaine (différence statistiquement significative), la mauvaise définition de l'organisation et des tâches, la composition de l'équipe non adéquate, les locaux et équipements ou produits non adaptés. La supervision des juniors, qui constituait un facteur classique notamment dans les CHU, semble intervenir moins souvent, et la communication, qui participe également des facteurs contributifs les plus fréquents, demeure stable (tableau 2).

Les événements causes d'hospitalisation ont également diminué quel que soit le type d'établissement (tableau 5), et le mécanisme (acte invasif, produit de santé ou infection associée au soin). Cette diminution a été observée à la fois pour les événements évitables et les événements non évitables. Les deux types d'événements causes d'hospitalisation étaient ceux générés par la médecine de ville, et ceux intervenant lors d'une première hospitalisation et provoquant une nouvelle hospitalisation. En proportion, la part des réhospitalisations augmente de 26% à 42%.

Discussion

Eneis 3 est une enquête réalisée selon une méthode internationalement reconnue et qui a l'avantage d'avoir été rééditée à trois reprises en France, ce qui est le cas d'un seul autre pays dans le monde⁹. Ses principaux résultats ont été transmis au ministère des solidarités et de la Santé le 8 octobre 2021, lors du comité de pilotage national de l'enquête Eneis.

Une amélioration de la sécurité des soins ?

La baisse statistiquement significative des EIG évitables – et de leur gravité – corrobore ce qui a été observé aux Pays-Bas, qui a conclu à un lien vraisemblable

entre les plans et programmes de lutte contre les risques associés aux soins. Nous pouvons également émettre l'hypothèse d'un lien entre les programmes mis en place en France, sans bien évidemment avoir de données factuelles (encadré).

Encadré

Liste des principaux plans et programmes nationaux ayant pu être en lien avec la baisse de l'incidence des EIG

Dispositifs pérennes (antérieurs à 2009)

- Certification HAS V2010 et V2014
- Propin-Propias
- Antibiorésistance

Dispositifs apparus pendant la période 2009-2019

- Check-list sécurité du patient au bloc opératoire (2010)
- Système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (2011)
- Programme national sécurité des patients (2013-2017)
- Déclaration EIG aux ARS (2016)
- Accréditation dans les spécialités à risque (2006)

HAS : Haute Autorité de santé ; EIG : événements indésirables graves ; ARS : agence régionale de santé.

Le taux de participation des établissements était moins élevé en 2019 qu'en 2009, avec pour principal motif évoqué par les établissements non participants d'une charge de travail trop importante liée à l'étude. Les différences de caractéristiques observées entre 2009 et 2019 ont toutefois été prises en compte dans l'analyse par pondération.

L'exclusion des patients autres que ceux hospitalisés en médecine et en chirurgie a été décidée lors de la mise en place de la première enquête Eneis, pour être en conformité avec les enquêtes similaires au plan international et permettre la comparaison des résultats. En effet, il existait un consensus international sur le fait que les critères de gravité des EIG en médecine/chirurgie ne pouvaient être considérés comme superposables aux critères de gravité pour les patients d'événements survenant en psychiatrie, en obstétrique, les urgences et en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) en aval des services d'urgences, et *a fortiori* dans les établissements médicosociaux ou en soins primaires. Le protocole d'étude utilisé en 2009 puis en 2019 n'a pas été modifié, afin de permettre la comparaison des données françaises dans le temps. Des études d'incidence spécifiques aux unités autres que la médecine et la chirurgie seraient nécessaires au vu du nombre et du type d'EIG déclarés et remontés à la HAS.

La densité d'incidence des événements graves évitables survenus pendant l'hospitalisation a diminué statistiquement entre 2009 et 2019, alors qu'elle demeurait stable entre 2004 et 2009. En médecine, l'enquête a permis de constater une tendance à la baisse dans toutes les spécialités, sauf en soins critiques. Cette exception est intéressante en termes de gestion des risques, parce que ce domaine comprend les risques les plus importants et fait fréquemment l'objet de travaux sur la sécurité. À ce jour, la priorité des politiques de sécurité des patients dans les établissements de santé est donnée au bloc opératoire (en l'absence de programme structuré au niveau national), mais les soins critiques pourraient également être mis en avant. Sur les DMI, un décret publié en 2021 a rendu obligatoire la mise en place d'un système de management de la qualité dans les établissements de santé.

L'évolution péjorative des facteurs contributifs liés aux conditions de travail dans les établissements de santé est sans doute la conjonction d'un biais de collecte, les enquêteurs étant en 2019 mieux formés pour les identifier, et la réalité des difficultés des conditions de travail des personnels soignants.

Enfin, la hausse de la proportion des réhospitalisations parmi les EIG causes d'hospitalisation interroge la sécurité associée à la réduction des durées de séjour hospitaliers en médecine et en chirurgie¹⁰. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer les travaux sur l'organisation de la sortie et le lien ville-hôpital.

Encore trop d'événements indésirables graves

La densité d'incidence pour les EIG survenus pendant l'hospitalisation qui atteint 4,4 EIG pour 1 000 journées d'hospitalisation, ce qui correspond à quatre EIG par service de 30 lits et par mois (contre cinq EIG par service et par mois en 2004 et en 2009). Ces résultats permettent, avec les précautions d'usage, des extrapolations. Ainsi, à partir du nombre total de journées

d'hospitalisation et d'admissions fournis par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), on peut considérer que 160 000 à 375 000 EIG sont intervenus en 2019 au cours d'un séjour hospitalier en médecine ou en chirurgie (entre 275 000 et 395 000 en 2009), dont 55 000 à 130 000 évitables (34%) (entre 95 000 et 180 000 en 2009).

Concernant les événements cause d'hospitalisation, 2,6% des admissions sont causés par un EIG, soit un séjour sur 40 dans les établissements de santé. L'extrapolation montre qu'il y aurait entre 176 000 et 372 000 séjours annuellement causés par un EIG (entre 330 000 et 490 000 en 2009), dont 93 000 à 197 000 séjours causés par des EIG évitables (53%) (entre 160 000 et 290 000 en 2009).

En résumé, entre 50 000 et 130 000 événements sont évitables pendant les hospitalisations, et entre 100 000 et 200 000 admissions sont dues à un EIG évitable par an.

Enfin, si l'on prend en compte les jours imputables aux EIG, soit 5,5 jours en médiane pour les EIG survenant pendant l'hospitalisation et la totalité des jours pour les événements cause d'hospitalisation (4 jours en médiane), 680 000 à 1 500 000 jours d'hospitalisation seraient évitables.

L'évaluation du Programme national pour la sécurité des patients (PNSP) 2013-2017 par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) en 2018 indiquait que la France était « *au milieu du gué* » : elle a construit un cadre fort (textes réglementaires, outils et méthodes) qui reste mal connu et peu intégré dans la pratique de la majorité des professionnels de santé.

Des préconisations de trois ordres portaient sur :

- la promotion d'objectifs ciblés pour développer la sécurité des patients (des objectifs spécifiques sur les blocs opératoires, les soins critiques et la gestion des DMI semblent, à la lumière de ces résultats, les plus pertinents) ;
- la poursuite d'une politique publique forte consacrée à la sécurité des patients ;
- la détermination des modalités de la future gouvernance de la politique de sécurité des patients¹¹.

Encourager la déclaration et surtout l'analyse des événements déclarés

La définition épidémiologique des EIG est distincte de celle du décret de 2016 posant obligation de déclaration à l'ARS, qui n'inclut pas le critère de prolongation de l'hospitalisation (EIGS est l'acronyme utilisé dans le décret)¹². Sur les 123 EIG, 61 étaient des EIGS : seul 1 avait été déclaré à l'ARS. Le phénomène de sous-déclaration des EIG est bien connu¹³. Une explication propre à l'étude était que les enquêteurs passaient rapidement après la survenue de l'événement, alors que les signalements en externe prennent parfois un certain temps (en médiane, huit jours en 2020). Par conséquent, ces événements ont pu être signalés ultérieurement.

Une autre explication est bien connue par les spécialistes de gestion des risques : les patients avec EIG sont majoritairement fragiles et atteints de comorbidités, qui pourraient par elles-mêmes générer des événements indésirables graves. De ce fait, les équipes soignantes n'ont pas le réflexe de rechercher si, au-delà de l'état clinique du patient, une partie de la survenue de l'EIG est associée aux soins, conduisant à une sous-détection des événements indésirables. Une sensibilisation et une formation des professionnels de santé et des équipes à l'identification des EIG, à leur analyse et à leur déclaration externe sont à renforcer pour augmenter les signalements et déclarations, et ainsi optimiser la transparence, l'analyse et le retour d'expérience, donc à terme la sécurité des patients. Cette formation devrait systématiquement informer de l'obligation, mais aussi expliquer l'enjeu d'une démarche non sanctionnante et l'intérêt de développer la culture de sécurité.

La qualité de ces analyses, et du plan d'action qui en découle, est variable actuellement : le bilan annuel de la Haute Autorité de santé l'atteste¹⁴. L'approche structurée et systémique nécessite une compétence qui peut être apportée par les structures régionales d'appui, lorsqu'elle n'existe pas dans les établissements.

Conclusion

L'étude Eneis 3 montre une baisse statistiquement significative des EIG évitables et de leur gravité entre 2009 et 2019, mais la vigilance doit être maintenue sur la chirurgie, les soins critiques et sur les DMI pour les événements survenus pendant l'hospitalisation. La péjoration des facteurs contributifs à ces événements proviendrait du fait de la meilleure formation des enquêteurs à l'analyse systémique en 2019, au manque persistant de pratiques collaboratives et à la difficulté renforcée des conditions de travail des personnels soignants actuels. La hausse de la proportion des réhospitalisations parmi les EIG causes d'hospitalisation nécessite de poursuivre la sécurisation des sorties, dans le contexte de réduction des durées de séjour. Enfin, la sous-déclaration des EIGS nécessite de renforcer la formation des professionnels de santé à la sécurité des patients. Pour toutes ces raisons, et conformément aux conclusions du rapport du Haut Conseil de santé publique (HCSP) en 2018, la sécurité des soins doit rester une priorité des politiques de santé. ■

Remerciements

Sont vivement remerciés par les auteurs l'ensemble des établissements et des professionnels participants, ainsi que les enquêteurs ayant réalisé la collecte des données, enquêteurs médecins (Charles Arich, Arthur Barnay, Éric Benfrech, Henri Bonfait, Robert Chausset, Charles De Riberolles, Hervé Gouezec, Isabelle Granier, Pascal Hericotte, Christine Mangin, Catherine Mayault, Brigitte Nicolie, Pascale Oriol, Thierry Quesnel, Patrice Roussel, Isabelle Verheyde) et infirmiers (Viviane Belot, Amandine Fetiveau, Andrée Gastou, Hélène Lacroix, Chantal Lahalle,

Leslie Larco, Virginie Lecaplain, Brigitte Maquet, Irdina Katia Mayi, Alexia Mazza, Camille Mur, Marie Pouch, Valérie Rolland, Maryse Savary, Florence Simon, Marie-Josée Stachowiak, Christine Thevenin, Roselyne Thierry-Bajolet, Claire Trouve). Les professionnels du CCECQA (Anne-Marie De Sarasqueta, Ahmed Djihoud, Gélica Damba-Lalarme, Bénédicte Guerriat, Xavier Gouffrand, Maryse Piscarel, Julie Rongere-Casteigt, Roxana Vanderstay, Myriam Zaaria) ont participé à la finalisation du protocole d'enquête et à la réalisation de la collecte des données.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Financement

L'enquête Eneis 3 a été financée par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère des Solidarités et de la Santé.

Références

- [1] Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, de Sarasqueta AM. A French national survey of inpatient's adverse events prospectively assessed with ward staff. *Qual Saf Health Care*. 2007;16(5):369-77.
- [2] Michel P, Lathelize M, Bru-Sonnet R, Domecq S, Kret M, Quenon JL. Enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins 2009 (ENEIS2) : description des résultats 2009. Rapport final à la Drees (ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé). Série Études et Recherche. 2011;(110). 206 p. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dt110.pdf>
- [3] Michel P, Lathelize M, Quenon JL, Bru-Sonnet R, Domecq S, Kret M. Comparaison des deux études nationales sur les événements indésirables graves liés aux soins menées en 2004 et 2009. Rapport final à la Drees (ministère de la Santé et des Sports). Série Études et Recherche. 2011;(109). 119 p. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dt109.pdf>
- [4] Quenon JL, Vanderstay R, Michel P et le groupe de travail Eneis 3 de la Forap. Méthodologie – Eneis 3 : Étude nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins dans les établissements de santé. *Risques & Qualité*. 2020;(17)2;116-20.
- [5] Gentile S, Durand AC, Mouelhi Y, Devictor B, Colin C. Les Structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité du patient en France : un état des lieux. *Risques & Qualité*. 2016;3:143-51.
- [6] Michel P, Quenon JL, de Sarasqueta AM, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. *BMJ*. 2004;328(7433):199-202.
- [7] Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: Preliminary retrospective record review. *BMJ*. 2001;322:517-9.
- [8] Wilson RM, Michel P, Olsen S, Gibberd RW, Vincent C, El-Assady R, *et al.* on behalf of the WHO Patient Safety EMRO/AFRO working group. Patient safety in developing countries: Estimating the scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ*. 2012;344:e832.
- [9] Baines R, Langelaan M, de Bruijne M, Spreeuwenberg P, Wagner C. How effective are patient safety initiatives? A retrospective patient record review study of changes to patient safety over time. *BMJ Qual Saf*. 2015;24(9):561-71.
- [10] Haut Conseil de la santé publique. Virage ambulatoire : pour un développement sécurité. Paris: HCSP; 2021. 128 p. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1078>

[11] Haut Conseil de la santé publique. Évaluation du programme national de sécurité des patients 2013-2017. Paris: HCSP; 2018. 212 p. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=677>

[12] Décret no 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033496373

[13] Shojania KG. The frustrating case of incident-reporting systems. *Qual Saf Health Care*. 2008; 17(6):400-2

[14] Haute Autorité de santé. Retour d'expérience national Les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) – 2020. Paris: HAS; 2021. 45 p. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-12/pdf_retour_experience_national.pdf

Citer cet article

Michel P, Quenon JL, Daucourt V, Burdet S, Hoarau D, Klich A, *et al.* Incidence des événements indésirables graves associés aux soins dans les établissements de santé (Eneis 3) : quelle évolution dix ans après ? *Bull Epidemiol Hebd*. 2022; (13):229-37. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/13/2022_13_2.html