



La sécurité en pratique ambulatoire

GUIDE D'AIDE À L'UTILISATION DE LA GRILLE D'ÉVALUATION
OUTIL D'AUTO ÉVALUATION

DR MARIE CHRISTINE MOLL • DIRECTEUR SCIENTIFIQUE



introduction

Depuis plusieurs années maintenant, le monde de la santé porte une attention particulière aux risques liés aux soins.



Cette attention se focalise surtout sur la détection des événements indésirables associés aux soins (EIGAS). Ces événements correspondent à des prises en charge non optimales ayant des conséquences graves et inattendues et qui, dans 40% des cas, seraient évitables. La réalité et le nombre conséquent de ces événements ont été révélés par les enquêtes nationales ENEIS pilotées par la DRESS (Enquête Nationale sur les Événements Indésirables associés aux Soins) en 2004 et 2009¹ dans les établissements de santé et par l'étude ESPRIT pour les soins primaires (Étude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France en 2013.)

En établissement, on retrouvait un taux d'EIG de 6,2 pour 1000 journées d'hospitalisation, 2,6 pour 1000 journées étaient évitables, ce qui correspond en moyenne à un événement indésirable grave tous les 5 jours dans une unité de 30 lits. L'étude ESPRIT² réalisée à l'initiative du ministère de la santé a montré que la fréquence des EIAS était de 26 pour 1000 actes ; celle des événements évitables de 22 pour 1000 actes. Ces EIAS étaient principalement en rapport avec des problèmes d'organisation du cabinet (42%) ou du parcours de soins (21%). Pour 77% des patients, l'EIAS n'a eu aucune conséquence clinique, pour 21%, il a entraîné une incapacité temporaire ; 2% des EIAS étaient des événements indésirables graves.

Le décret de décembre 2016³ fait obligation à tous les professionnels de santé de déclarer sur une plateforme nationale tout événement indésirable grave associé aux soins et bien entendu donne une définition de l'événement indésirable grave :




L'événement indésirable grave

Un événement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent, y compris une anomalie ou une malformation congénitale.



A propos de ce guide...

Il concerne toute pratique ambulatoire qu'elle soit médicale (médecins, dentistes, sages-femmes...), pharmaceutique ou paramédicale, voire même vétérinaire.



Si les établissements de santé, à l'occasion des différentes itérations de la procédure de certification, sont globalement engagés dans la gestion des risques et la déclaration des EIGAS, il n'en va pas de même pour le secteur des soins ambulatoires dont la pratique est plus individuelle et un peu moins génératrice d'actes à risques.

Par ailleurs, si le décret et les différentes actions nationales portent plutôt sur les risques avérés (EIGAS), il est très important de réfléchir plus généralement sur une attitude prudente visant à anticiper le risque et à réagir rapidement en identifiant les signes précurseurs d'une situation à risque, permettant ainsi une récupération précoce de la complication.

Ce guide constitue une aide pour mener individuellement ou collectivement au sein d'un cabinet, d'un groupe de praticiens, de façon mono ou pluriprofessionnelle, une réflexion sur le sujet des conditions de la sécurité des soins.

Cet outil a pour objectifs à la fois un autodiagnostic facile à réaliser et l'introduction de notions simples de sécurité. Il pourra peut-être donner à certains l'envie d'approfondir et d'en savoir plus sur la manière de travailler en sécurité pour ses patients et aussi pour soi.

Présentation de l'outil

L'outil est constitué d'une grille Excel d'auto-évaluation qui comporte 8 axes à mettre en œuvre pour s'assurer d'une pratique prudente et attentive à la sécurité des soins.

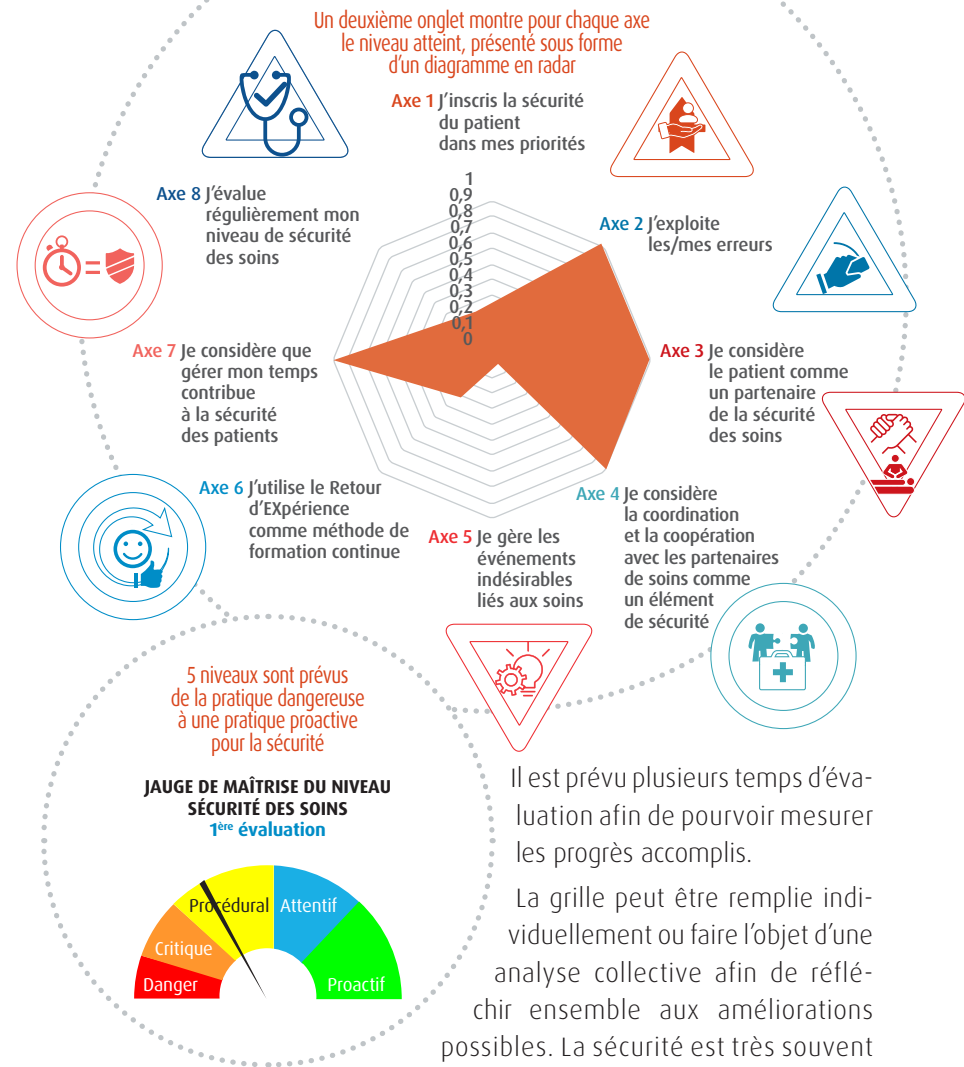
Chacun des axes est évalué à l'aide de critères simples pour lesquels il suffit de répondre par « oui je fais » ou « non je ne fais pas » en cochant dans l'onglet la bonne réponse :

AXES		CRITERES	OUTIL D'AUTO-EVALUATION : SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE EN CABINET							
			PREMIERE EVALUATION		DEUXIEME EVALUATION		TROISIEME EVALUATION			
			Repondre par OUI/Non pour chaque affirmation	Resultats	Repondre par OUI/Non pour chaque affirmation	Resultats	Repondre par OUI/Non pour chaque affirmation	Resultats		
2	EXPLOITE LES /MES ERREURS	Je considère l'erreur comme une opportunité pour progresser et je sais que certaines sont évitables.								
		Je mets en place des actions de prévention des erreurs (contrôle informatisé des contre-indications médicamenteuses par exemple).								
		Je mets en place des actions de récupération des erreurs (je rellis mes prescriptions avec le patient par exemple).		0		0		0		0
		Je mets en place des actions d'atténuation des erreurs (je revole rapidement un patient suite à un appel précoce après une consultation).								
		Je sive systématiquement tout doute concernant la prise en charge d'un patient (erreur de personne, de pathologie, d'interprétation d'examen, de dose...)								

La réponse doit être sincère mais aussi éclairée. Pour qu'elle le soit, la question doit être comprise, en particulier par tout ce qu'elle implique.

Ce guide donnera donc pour chaque critère des précisions sur le « pourquoi » et le « comment ». À ce titre, il apportera de la matière pour répondre à la question, mais aussi les éléments pédagogiques pour la mise en place des actions permettant d'atteindre un score maximum et donc plus de sécurité dans la prise en charge.

Une fois toute la grille remplie (environ 30 minutes pour l'ensemble des critères), une jauge indique quel est le niveau de sécurité.



Il est prévu plusieurs temps d'évaluation afin de pouvoir mesurer les progrès accomplis.

La grille peut être remplie individuellement ou faire l'objet d'une analyse collective afin de réfléchir ensemble aux améliorations possibles. La sécurité est très souvent liée aux interactions entre professionnels,

qu'ils soient internes ou partenaires externes de soins. Il est donc intéressant de réfléchir avec ses partenaires (secrétaires, IDE libérales, collègues, pharmaciens de proximité etc.).

Il est possible de répondre de façon intuitive ou se reporter au guide ci-après pour certains axes ou critères.

Définition des Axes et des critères

Pour chaque axe, nous définirons l'objectif poursuivi. En face de chaque critère, le commentaire aidera à répondre en identifiant ce qui est attendu ou sous tendu par l'affirmation.

Les propositions ne sont pas exhaustives et à l'inverse toutes ne sont pas forcément applicables. Il s'agit de pistes possibles d'actions et elles apportent des éléments pédagogiques en matière de gestion des risques.

Signification des niveaux de sécurité

Cette graduation s'inspire de l'échelle de Westrum⁴ évaluant le niveau de culture de sécurité.

-> **DANGER** (Culture pathologique)

Pourquoi devons-nous perdre notre temps sur les problèmes de sécurité des soins ? Nous travaillons dans une activité à risque que nous maîtrisons (culture de la sanction et de la faute, place importante du profit, désintérêt des situations de travail dangereuses).

-> **CRITIQUE** (culture réactive)

On agit éventuellement. Face à un accident, que va dire l'assureur ?

-> **PROCÉDURAL** (culture bureaucratique)

Nous avons des systèmes en place pour gérer la sécurité des soins au minimum des protocoles.

-> **ATTENTIF** (culture proactive)

Nous sommes en alerte, nous avons en tête les problèmes de sécurité des soins qui pourraient survenir, nous analysons les presqu'accidents.

-> **PROACTIF** (culture générative)

La gestion de la sécurité des soins fait partie intégrante de tout ce que nous faisons. Cela engage tous les partenaires de la prise en charge. La sécurité est une préoccupation de tous à tous les instants. En matière de sécurité, la voix de chacun est écoutée et prise en compte, quelle que soit sa position hiérarchique.



Axe 1

J'INSCRIS LA SÉCURITÉ
DU PATIENT DANS
MES PRIORITÉS



J'INSCRIS LA SÉCURITÉ DU PATIENT DANS MES PRIORITÉS

L'objectif est de changer son regard sur le risque. Cet axe consiste donc à se poser la question sur ses représentations et ses valeurs concernant la manière de concevoir les pratiques de sécurité au quotidien⁵.

La sécurité des soins est un sujet identifié dans ma pratique.

- Il s'agit là d'être conscient(e) que des problèmes, des erreurs, des complications, des dysfonctionnements non prévus peuvent survenir au sein de son activité et qu'ils sont parfois évitables.
- Il est important de se demander si on a été confronté(e) à une situation, à un problème où l'on s'est dit que demain on ferait différemment.
- Il faut faire le point pour savoir si l'intérêt du patient passe avant celui du praticien dans l'organisation du cabinet.

Mes actions et mon engagement dans la sécurité des soins font l'objet d'un affichage dans mes locaux (charte).

- Cela passe par exemple par l'affichage des consignes pour l'hygiène des mains ou des conseils pour les patients en matière de dépistage ou de prévention des maladies cardiovasculaires.
- Une charte de qualité est affichée dans les locaux de l'activité (par exemple certificat de DPC, ou d'évaluation des pratiques, ou certification individuelle).

Mes collaborateurs ou collègues s'associent pleinement aux actions concernant la sécurité des soins.

- La liste des documents affichés a fait l'objet d'une discussion et d'un consensus.
- Les procédures concernant la sécurité des soins sont discutées collectivement.

Je suis inscrit(e) dans une démarche de formation professionnelle continue.

- Plusieurs options sont possibles comme faire partie d'un groupe de pairs, avoir réalisé un programme de formation depuis moins de 3 ans ou être inscrit(e) dans un processus d'accréditation individuelle, etc.

Plus de 4 axes sont mis en œuvre.

- Parmi les 8 axes proposés par la grille, 5 au moins sont bien gérés.



Axe

2

J'EXPLOITE
LES / MES ERREURS



J'EXPLOITE LES / MES ERREURS

L'objectif est de travailler sur la culture positive de l'erreur : cet axe consiste donc à traiter l'erreur non comme une fatalité ou une faute, mais comme une opportunité pour progresser⁶.

Je considère l'erreur comme une opportunité pour progresser et je sais que certaines sont évitables.

- Il faut se demander si on adhère à l'idée que véritablement l'erreur est humaine, que tout le monde peut en faire, mais qu'on peut, (qu'on doit) en tirer des leçons.
- Il est important de savoir que certaines erreurs peuvent être soit évitées, soit récupérées, si on établit des liens de confiance (absence de jugement) et de coopération avec ses collègues et partenaires, voire avec le patient.
- Il est indispensable de ne pas cautionner l'équation « erreur = faute = sanction ».
- Sanctionner seulement n'empêchera pas une autre personne de faire la même erreur car c'est le système qui est souvent en cause.

Je mets en place des actions de prévention des erreurs (contrôle informatisé des contre-indications médicamenteuses par exemple).

- Il est très utile de mettre en place des détrompeurs, par exemple dans la validation informatique des prescriptions (message de confirmation lors de la validation d'une action).
- De même que d'utiliser des aides cognitives pour la prescription ou de lecture de code-barres pour identifier produit ou patient, et de façon générale, tout ce qui est « en dur » dans l'organisation pour éviter les erreurs.

Je mets en place des actions de récupération des erreurs (je relis mes prescriptions avec le patient, par exemple).

- Vérifier avec le patient les informations le concernant : son identité, ses prescriptions... permet une auto et hétéro-vérification pour éviter toute erreur.
- Les rappels pour lire les résultats d'exams du patient reçus et pour le recontacter sont indispensables pour ne pas négliger un résultat important et urgent.
- Les interruptions dans la prescription, l'interrogatoire, les soins sont une source majeure d'erreur. Il est important de pratiquer une minute d'arrêt pour reprendre exactement là où on s'est arrêté.
- A chaque fois que c'est possible, le contrôle croisé avec un collègue ou un collaborateur (voire avec le patient) sur les activités à risque est facteur de sécurité.

Je mets en place des actions d'atténuation des erreurs.

- Un appel précoce d'un patient après une consultation est un signe d'alerte, il est important de le revoir rapidement.
- Il en va de même lorsque l'on reçoit des résultats d'exams. Il est important de rappeler rapidement le patient pour les lui commenter.
- Afin d'obtenir une bonne adhésion du patient à son traitement, il est important de prendre le temps de lui expliquer : ce qu'il prend, comment il doit le prendre et pourquoi il prend chaque médicament.
- Pour impliquer le patient dans sa sécurité, il est important de lui conseiller de bien relire les notices avant administration, surtout s'il s'agit d'une personne fragile (patient âgé, enfant...).

Je lève systématiquement tout doute concernant la prise en charge d'un patient (erreur de personne, de pathologie, d'interprétation d'examen, de dose...).

- Tout doute sur une information concernant le patient ou l'activité de soin doit être impérativement levé avant de passer à l'action. Le doute non levé est facteur d'erreur.
- Les signaux faibles : sentiment que quelque chose ne va pas, enchaînement de petits dysfonctionnements a priori sans importance, sont autant d'alertes sur une possible situation à risque.
- Les données, informatiques ou papier, doivent être protégées pour éviter les risques liés à la confidentialité ou à l'image.



Axe 3

JE CONSIDÈRE LE PATIENT
COMME UN PARTENAIRE
DE LA SÉCURITÉ DES SOINS



JE CONSIDÈRE LE PATIENT COMME UN PARTENAIRE DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

L'objectif de cet axe c'est de considérer que le patient est aussi un sachant de sa maladie et qu'à ce titre il peut être acteur et m'aider dans la sécurité de sa prise en charge⁷. Donc il faudra l'écouter, lui expliquer, s'assurer qu'il a compris et l'encourager à poser des questions et à signaler ce qui lui paraît anormal⁸.

Je considère que le patient dispose d'un savoir et d'une expérience de sa maladie.

- Le patient est le seul à avoir une connaissance complète de son parcours de soins ou de santé. Il dispose d'un savoir qu'il faut pouvoir interroger.
- Certains patients chroniques connaissent très bien leur maladie et passent plus de temps à se soigner chez eux que dans le système de santé. Ils disposent d'informations dont le praticien a besoin pour les prendre en charge (qualité de la répartition du traitement, conditionnement, tolérance, observance, confort de vie...).

Je considère que ce que me dit le patient est très contributif au diagnostic, je lui laisse le temps de s'exprimer.

- Avant de l'interrompre, il est important de laisser le temps au patient de raconter sa maladie et d'exprimer ses besoins.
- Il est important de trier les informations pertinentes. Contributives au diagnostic, il est nécessaire de les tracer.
- Le patient doit être incité à signaler ce qui lui paraît étrange dans le déroulement de sa maladie ou de ses soins sans craindre de déranger le professionnel de santé.

Je laisse au patient la possibilité de donner son avis et/ou son consentement sur le diagnostic et les traitements envisagés suite à l'information que je lui apporte.

- Il est important de clarifier les modalités d'annonce de diagnostic, en particulier en cas de maladie grave ou chronique ou d'événement indésirable. Est-on prêt à le faire de manière empathique ?
- L'annonce doit faire l'objet de temps dédié. Se former est un plus pour une annonce humaine et professionnelle. La simulation en santé peut être un bon moyen.
- Dans le cadre du patient acteur de ses soins, il est utile de contractualiser avec lui sur sa prise en charge sur la base d'une information claire et compréhensible. Son avis et son accord sont sollicités et pris en compte.
- Dans le but de s'assurer de la bonne compréhension des informations apportées, il est indispensable d'utiliser les outils de reformulation (utilisation du teach back ou de la méthode « faire dire »)⁹.

J'incite le patient à me communiquer tout élément qui lui paraîtrait anormal dans son état ou ses soins ou son traitement suite à ma prise en charge.

- Le patient (ou sa famille) peut constater des anomalies. Il doit être encouragé vivement à en parler sans crainte d'être ridicule, de vous déranger ou d'être jugé.
- Quand il apporte une information, il doit recevoir un feed back bienveillant.

J'invite régulièrement le patient à me questionner sans hésiter chaque fois qu'il a un doute sur la compréhension de son traitement ou de sa maladie.

- Il est important de donner les moyens au patient pour interroger le praticien ou des collègues (confrère, IDE libérale, pharmacien) sur la compréhension de son traitement. Il convient de lui donner une information claire et sûre pour obtenir un renseignement et, s'il ne peut joindre son praticien : numéro de téléphone de permanence, pharmacien de proximité, téléconsultation...



Axe 4

JE CONSIDÈRE
LA COORDINATION
ET LA COOPÉRATION AVEC
LES PARTENAIRES DE SOINS
COMME UN ÉLÉMENT
DE SÉCURITÉ



Axe 4

JE CONSIDÈRE LA COORDINATION ET LA COOPÉRATION AVEC LES PARTENAIRES DE SOINS COMME UN ÉLÉMENT DE SÉCURITÉ

L'objectif de cet axe consiste à penser que la performance des soins n'est pas individuelle mais collective puisque le patient a souvent recours à de multiples professionnels¹⁰ (médecin, secrétaires, pharmacien, IDE libérale, spécialiste, dentiste, kiné, professionnel hospitalier...) dans le cadre d'un parcours de soins et plus généralement d'un parcours de santé. Par exemple, la prise en charge du patient diabétique ou du patient sous anticoagulant qui va chez son dentiste nécessite des interactions fortes entre professionnels de santé et pourtant ceux-ci ont-ils l'habitude de se parler et d'échanger sur leurs patients communs ?

Je tiens à jour un cahier de transmissions avec mes collaborateurs ou collègues.

- La continuité des soins est une étape importante dans la prise en charge, chaque rupture peut générer de graves conséquences.
- Ne pas consigner une information déterminante pour le patient quand on doit passer le relais, ou ne pas la rendre accessible, peut être fatal.
1^{er} exemple : j'adresse un patient pour un scanner injecté et j'omets dans mon courrier de dire qu'il a des antécédents d'allergie aux produits de contrastes. Que se passera-t-il si le patient lui aussi a oublié ce détail ?
2^{ème} exemple : je dois faire rappeler le patient par ma secrétaire afin de lui signifier un diagnostic important, j'oublie de tracer cette information dans un document de transmission à son intention et le patient apprendra sa maladie 3 mois plus tard...

Je connais les étapes du parcours des patients que j'adresse à des confrères ou d'autres structures.

- Il est important de construire avec le patient son parcours de soins et de le formaliser à l'aide d'un document de type passeport de soins avec date, heure et types de rendez-vous ou de soins.
- Grâce à ce document il est possible pour le praticien de demander au patient où il en est de ses rendez-vous et solliciter les résultats des examens ou des consultations. Le praticien devient pivot et superviseur, garant d'une accessibilité et de l'efficacité du parcours du patient.
- Persévérer pour inciter le patient à respecter les délais de rendez-vous en lui décrivant leur importance évite de générer des pertes de chances et peut l'aider à résoudre les problèmes qu'il rencontre dans les embûches du parcours de santé.

Je n'hésite pas à discuter (ou rediscuter) un diagnostic directement avec les partenaires de soins (radiologue, spécialiste...).

- Il est important à chaque fois que cela est nécessaire de contacter directement un confrère pour lui confier un patient ou discuter de la pertinence d'un diagnostic ou d'un traitement.
- Il en va de même, et c'est encore plus important, quand les informations dont on a connaissance sont discordantes. Ce n'est pas un aveu d'incompétence. L'appel à l'aide est un facteur de sécurité.

Je m'attache à collecter l'ensemble des données résultant du parcours patient que j'ai induit afin de réaliser une analyse globale de sa prise en charge.

- Faire le point périodiquement sur le dossier des patients en cours pour regrouper toutes les informations les concernant permet de réaliser une analyse systémique de leur prise en charge, identifier les oublis, les doublons, les interruptions, ou les erreurs. Des éléments, qui isolément ne veulent rien dire, sont alors contributifs quand ils sont regroupés, y compris sur la durée.

J'accepte de considérer avec bienveillance une remarque (critique) sur ma prise en charge même si elle émane d'une personne que je considère comme moins compétente ou d'une compétence différente (IDE, étudiant, pharmacien++).

- Souvent, les partenaires de soins d'aval peuvent repérer des erreurs, des omissions, des éléments incompréhensibles ou incohérents, des redondances. Il est nécessaire de les inciter à signaler toute erreur dans un contexte de bienveillance dans l'intérêt de la sécurité du patient (erreur de prescription vue par le pharmacien, interrogation de l'IDE libérale sur un produit à injecter ou préparer, ou la réalisation d'un pansement, signe de gravité vu par le kiné ou l'aide à domicile...). Ce type d'information doit être reçu et considéré comme un élément de sécurité.



Axe 5

JE GÈRE LES ÉVÉNEMENTS
INDÉSIRABLES
LIÉS AUX SOINS



JE GÈRE LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES LIÉS AUX SOINS

L'objectif de cet axe consiste à se doter d'outils adaptés pour identifier, analyser et traiter les événements indésirables ou les dysfonctionnements impactant la sécurité des soins.

Je dispose d'un document de relevé des dysfonctionnements de mon activité et des soins que je considère comme non optimum (cahier, répertoire informatique...).

- **Au sein d'un exercice collectif, trois possibilités pour relever les dysfonctionnements :**
 - une déclaration sur fiches qu'il faut ensuite colliger pour les traiter,
 - ou un cahier d'anomalies que chacun annote,
 - ou la création d'un fichier commun type Excel ou Google que chacun va alimenter.En ambulatoire l'achat d'un logiciel dédié se discute.
- **En exercice libéral isolé :**
 - un registre sous forme de tableau Excel ou Word est possible, de même que la tenue du cahier d'anomalies.
 - Il faut disposer d'une définition (consensuelle si on est plusieurs) de ce qu'est dans son activité un événement indésirable.
 - Il faut aussi disposer d'une échelle de gravité (les échelles peuvent aller jusqu'à 3 ou 5 niveaux de gravité) pour classer les événements en termes de priorité de traitement. Là aussi, le consensus est nécessaire.

Je connais et /ou j'utilise la déclaration sur la plateforme nationale.

- À ce jour, il est recommandé d'avoir un accès à internet. Il faut que tous les collaborateurs (quand il y en a) connaissent le chemin d'accès à la plateforme nationale de déclaration des événements indésirables graves (voir référence 5).
- À l'occasion d'une déclaration sur cette plateforme, il faut comprendre que la déclaration réalisée en 2 temps va d'abord être traitée par l'ARS puis anonymisée et adressée à la HAS. Il est possible d'avoir un retour de l'ARS théoriquement bienveillant.

Je note (ainsi que mes collaborateurs) les Événements Indésirables (EI) au fur et à mesure.

- Les documents de recueil des dysfonctionnements doivent être utilisés par toutes les personnes collaborant à l'activité.
- Il est certain que toute activité génère au moins 1 à 10 dysfonctionnements à déclarer par année au sein de l'activité (hors plateforme qui concerne seulement les événements graves correspondant à la définition du décret).
- Il est aussi très utile de tracer et traiter des événements indésirables qui sont repérés par des partenaires de soins ou des patients. Souvent, les conséquences de l'événement indésirable ne sont visibles qu'après la consultation ou l'acte de soin ; si les professionnels d'aval ou le patient ne font pas de feed back, il n'y a pas de possibilité de s'améliorer.

Au moins 1 de mes EI a fait l'objet d'une analyse de causes approfondie (Tempo ou ALARM).

- Il est important de tester les méthodes d'analyse telles que la méthode Tempo¹¹ permettant l'analyse de dysfonctionnements dans la pratique ambulatoire.
- Ou en exercice de groupe, la méthode ALARM¹² permettant une analyse collective des causes racines des dysfonctionnements.
- Il ne faut pas hésiter à se tester, même sur des dysfonctionnements bénins.

Je participe à un programme national ou régional de repérage des EI.

- Le temps en activité ambulatoire est compté, mais participer à des revues de pairs ou à des Revues de Morbi Mortalité (RMM) ou à des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) est d'un apport majeur pour faire progresser sa pratique.
- Pour les spécialités à risque, il est aussi possible de s'inscrire dans une accréditation individuelle auprès de son organisme d'accréditation.
- Participer à la déclaration des maladies à déclaration obligatoire ou des événements de pharmacovigilance est un début.



Axe 6

J'UTILISE LE RETOUR
D'EXPÉRIENCE (REX)
COMME MÉTHODE
DE FORMATION CONTINUE



Axe

6

J'UTILISE LE RETOUR D'EXPÉRIENCE (REX) COMME MÉTHODE DE FORMATION CONTINUE

L'objectif de cet axe consiste à penser qu'identifier les événements dysfonctionnants et leurs causes ne suffit pas. Il faut identifier les causes évitables et tenter de les traiter si possible collectivement. Ce type d'activité permet de progresser grâce à un apprentissage collectif et ce faisant, contribue à la sécurité, à la qualité des soins et à la formation professionnelle continue.

J'organise régulièrement des réunions de sécurité patients dans mon activité (cabinet) avec les collaborateurs, collègues et/ou partenaires et/ou patients volontaires.

- Prendre une heure par semaine pour revoir ses dossiers, seul(e) ou avec ses collaborateurs, permet de récupérer bien des problèmes et de partager ses expériences, ses savoirs et savoir-faire.
- Débriefing ensemble sur des incidents survenus dans la relation patient est aussi très utile pour identifier des situations à risques et/ou pour modifier son organisation (violence verbale ou physique, refus de soins, décès d'un patient suivi depuis longtemps etc.).

Je participe à au moins une RMM ou une réunion d'échange de pratique par an.

- L'idéal est de repérer un groupe d'échange de pratiques (présentiel ou forum d'échanges en ligne).
- La pratique isolée est moins sûre et plus anxiogène que le partage d'expérience.

Je donne de l'importance aux signaux rouges que m'envoie mon expérience. Signes atypiques a priori banals mais probablement annonciateurs, je prends du temps pour les explorer.

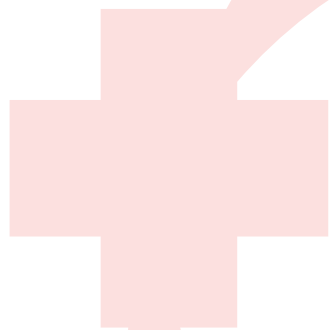
- Il est important de prendre du recul et d'identifier des situations où est apparu un signal d'alerte non exploré mais qui finalement s'est traduit par une complication ou un problème aigu au décours d'une consultation. Cela permet de prendre du temps pour cibler les bonnes pratiques à « réviser » sur certaines pathologies ou stratégies thérapeutiques.

Je réalise des protocoles ou je me fixe des conduites à tenir vis-à-vis des situations urgentes, rares ou que je maîtrise mal.

- Certains protocoles sont indispensables, par exemple sur la manière de gérer les arrêts cardio-respiratoires au cabinet, et imposent des questions sur le matériel nécessaire : trousse d'urgence ou pas, accès à un défibrillateur ?
- Il est important d'identifier (honnêtement) les prises en charges réalisées mais pour lesquelles on ne dispose pas d'une compétence experte. Les protocoles sont rédigés avec les collaborateurs quand il y en a.
- Il est important de passer le relais quand on sort de son domaine de compétence ou de sa zone de confort.

J'incite les partenaires de soins à me signaler mes erreurs (pharmaciens, IDE à domicile, kinés, spécialistes, patients...).

- Une charte de traitement des réclamations est diffusée aux partenaires de soins et aux patients les incitant à aider (le cabinet, l'équipe) à améliorer la sécurité des soins.



Axe 7

JE CONSIDÈRE QUE GÉRER
MON TEMPS CONTRIBUE
À LA SÉCURITÉ DES PATIENTS



Axe

7 JE CONSIDÈRE QUE GÉRER MON TEMPS CONTRIBUE À LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

L'objectif de cet axe consiste à penser que mon organisation conditionne fortement le bon déroulement de mon activité et que, à l'inverse, une organisation mal pensée ou qui génère surcharge de travail, interruption, fatigue, stress, communication pathologique, favorise les risques d'erreurs et affecte la sécurité des soins.

J'organise mes consultations en y intégrant des plages de prises de rendez-vous avec présomption du motif afin d'évaluer de temps de consultation. Je gère les appels téléphoniques.

- Connaître à l'avance le motif de la consultation permet d'évaluer le temps qu'il faudra passer.
- Cela permet aussi dans certains cas de regrouper des aides cognitives nécessaires à la prise en charge, voire du matériel spécifique.
- Cela permet aussi d'ordonner les rendez-vous selon la charge mentale nécessaire, par exemple les cas compliqués le matin, les choses plus simples en fin d'après-midi.
- Le plus grand nombre de rendez-vous pourra être planifié quand la secrétaire est présente.
- Une consultation ne doit pas être interrompue par le téléphone sauf en cas d'urgence immédiate (risque d'erreur, problème de confidentialité).
- On peut déléguer à la secrétaire, ou demander au patient de laisser son numéro pour le rappeler.
- Il est nécessaire de l'orienter aussi vers un numéro d'urgence si besoin, à chaque fois qu'il laisse un message.

Je maîtrise les circuits de retour des examens complémentaires prescrits et j'ai des alertes en cas de résultats anormaux à gérer en urgence.

- Il est important de s'assurer que tous les résultats des examens demandés seront interprétés au plus tôt afin de revoir rapidement le patient et ainsi éviter la perte de chance.
- Il est indispensable d'avoir des outils de rappel (ou une secrétaire qui joue ce rôle !).

Je donne au patient une feuille de route avec le planning de ses consultations ou la réalisation d'examens complémentaires.

- Superviser le parcours du patient permet de vérifier qu'il ne néglige pas les étapes importantes pour sa sécurité, de le relancer si besoin, de faire face à l'imprévu ou aux complications.
- Dans le cas du médecin généraliste, il joue réellement un rôle pivot.

Je gère mon temps personnel pour éviter la surcharge et le stress générateurs d'erreurs.

- Comme pour certaines professions à risques (pilotes, aiguilleurs du ciel...), il convient de prévoir des pauses systématiques (pourquoi pas toutes les 2 heures) afin de recouvrer toute ma vigilance dans les activités qui demandent attention et concentration.
- Se prémunir contre le burn out est la meilleure façon de bien prendre en charge des patients.

Je sais passer la main lorsque j'ai l'impression de ne pas aboutir à un diagnostic ou si la situation devient trop complexe ou trop urgente.

- Je n'hésite pas à passer le relais ou à demander un autre avis si je suis surchargé(e) ou hors de mon domaine de compétence.
- Je considère que c'est un acte de sécurité.



Axe 8

J'ÉVALUE RÉGULIÈREMENT
MON NIVEAU DE SÉCURITÉ
DES SOINS



J'ÉVALUE RÉGULIÈREMENT MON NIVEAU DE SÉCURITÉ DES SOINS

L'objectif de cet axe consiste à se dire que si on s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la sécurité, il faut pouvoir mesurer cette amélioration et l'impact des efforts fournis.

Je prends le temps d'évaluer (collectivement si besoin) mon organisation de travail au regard de la sécurité.

- Le débriefing est indispensable dans toute activité pour comprendre, dédramatiser, désamorcer conflits, rancœurs et vécus difficiles.
- Il doit être réalisé régulièrement avec les collègues ou partenaires, afin de déterminer ce qui pourrait être ce qui pourrait être amélioré de manière générale ou à l'occasion d'une situation de crise ou d'une série d'événements récurrents (réclamation, attentes prolongées répétitives, retard d'exams...), il permet notamment de sécuriser les activités et les parcours de patients. La HAS considère que le rôle du débriefing est « d'aider les participants à comprendre, analyser et synthétiser leur raisonnement, leurs émotions et leurs actions survenus dans le but d'améliorer leurs performances futures dans des situations similaires »¹³.

J'identifie les éléments perturbateurs de mon activité et j'anticipe les solutions.

- Toute activité génère ses propres perturbateurs. Sur une période donnée, il est possible d'identifier ce qui perturbe le plus : le téléphone, les urgences, les pannes, le dossier informatique, les interruptions, les problèmes de matériel ou de personnel. Un remède existe pour chaque perturbateur et permet de le supprimer ou d'en limiter la fréquence.

J'identifie les situations critiques pouvant survenir sur mon lieu de travail.

- Pour ces situations, il est important de disposer de protocoles ou d'aides cognitives, d'un réseau de correspondants pour l'appel à l'aide et de pouvoir s'entraîner à faire face à ces situations qui peuvent être exceptionnelles.
- On peut citer par exemple : la prise en charge de l'ACR, du choc anaphylactique, la gestion de la trousse d'urgence ou du défibrillateur, des situations de violence, d'une hypoglycémie.

Je connais les recommandations en matière d'hygiène et de prévention du risque infectieux, je dispose du matériel adapté pour y répondre.

- Les infections associées aux soins sont une réalité. Elles sont liées soit à certains actes invasifs, soit simplement à une certaine promiscuité en salle d'attente en période d'épidémie. Il est donc important de solliciter des audits d'hygiène et des conseils auprès de la structure d'appui en hygiène de la région.
- Si des actes invasifs sont pratiqués sur le lieu de travail (cabinet, officine), il faut mener une réflexion sur les pratiques de lutte contre le risque infectieux en matière d'actes invasifs, de désinfection du matériel et des locaux, de gestion des déchets.

J'évalue régulièrement les délais de retour d'information des partenaires de soins.

- Cette évaluation peut concerner : les laboratoires de biologie, les structures d'imagerie ou les professionnels hospitaliers.
- Les patients seront orientés en conséquence, des conseils leur seront prodigués pour obtenir les résultats.

J'organise un recueil de satisfaction des usagers de mon activité (patients, proches, étudiants partenaires de soins).

- Il est utile de disposer d'outils de recueil de satisfaction des bénéficiaires du service rendu, par exemple : un livre d'or, un buzzer, un questionnaire de satisfaction, un rapport d'étonnement des stagiaires ou étudiants, voire des partenaires et bien entendu, il faut en exploiter les résultats.

J'organise régulièrement une revue de mes Événements Indésirables et des actions menées pour les traiter.

- Grâce à la tenue des cahiers d'anomalies ou des répertoires, il est possible de disposer d'une typologie des événements indésirables que l'activité génère.
- Il est aussi important de vérifier que les actions qu'on veut mener suite aux anomalies constatées avancent pour améliorer la sécurité.
- Il est aussi utile de faire le point régulièrement sur les conséquences assurantielles de l'activité.

J'évalue régulièrement mon taux d'occupation et mes délais d'attente.

- Il est possible assez facilement de se doter d'indicateurs d'activité comme par exemple : le taux de remplissage des consultations par rapport à un objectif fixé, le temps d'attente pour un rendez-vous, le temps d'attente des patients en salle d'attente (à mesurer sur une période définie).

Pour aller plus loin

La prévention médicale, organisme de DPC, propose différentes formations et outils complémentaires pour aller plus loin dans l'apprentissage de la gestion des risques.



-> **ALLER PLUS LOIN POUR GÉRER LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS AUX SOINS**

e-learning IMAGES (Identification Méthode Analyse Gestion des Événements indésirables liés aux Soins)

-> **ALLER PLUS LOIN SUR LA COMMUNICATION AVEC LE PATIENT**

Annnonce de dommages liés aux soins en simulation

-> **ALLER PLUS LOIN POUR LE TRAVAIL EN ÉQUIPE**

Formation PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe)

-> **ALLER PLUS LOIN POUR LA SÉCURITÉ DANS L'ORGANISATION DU TRAVAIL**

Visite de risque

N'hésitez pas à nous contacter

-> **MAIL**

contacts@prevention-medicale.org

-> **SITE**

<https://www.prevention-medicale.org/>



Références

- 1** Solidarité santé 2 n° 17 - 2010 enquête nationale sur les événements indésirables associés aux soins (ENEIS) dans les établissements de santé.
- 2** Étude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France (Esprit 2013). Philippe Michel, Anne Mosnier, Marion Kret, Marc Chanelière, Isabelle Dupie, Anouk Haeringer-Cholet, Maud Keriél-Gascou, Claire Larrieu, Jean-Luc Quenon, Frédéric Villebrun, Jean Brami. BEH N° 24-25 | 9 septembre 2014.
- 3** Décret n° 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.
- 4** Westrum R. A typology of organisational cultures. Quality and Safety in Health Care 2004, 13(suppl_2):ii22-ii7.
- 5** La sécurité du patient en médecine générale : Jean Brami, René Amalberti. Springer 27 nov. 2009.
- 6** To Err is Human: Building a Safer Health System. Editors. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors Source. Washington (DC) : National Academies Press (US), 2000.
- 7** L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. Frédéric Mougeot, Magali Robelet, Claude Rambaud, Pauline Occelli, Karine Buchet-Poyau, Sandrine Touzet et Philippe Michel Dans Santé Publique 2018/1 (Vol. 30), pages 73 à 81.
- 8** Le Guide canadien de l'engagement des patients en matière de sécurité. Canadian Patient Safety Institute. 2017.
- 9** Guide Faire Dire. HAS 2015.
- 10** Exercice coordonné et protocolé d'une équipe pluriprofessionnelle de soins en ambulatoire. HAS Juin 2018.
- 11** Méthode des Tempos. Site de la Prévention Médicale. <https://www.prevention-medicale.org/Dossiers-du-risque-et-methodes-de-prevention/Methodes-de-prevention/Approche-par-processus/methode-tempos>
- 12** La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. HAS 2012.
- 13** Projet PACTE. Fiche Débriefing. HAS 2016.

