

Master Professionnel Deuxième année
Gestion du Risque Infectieux et Sanitaire

PUNKOW Marine

Conditions de réussite de la gestion
des événements indésirables associés
aux soins primaires :

Quels outils et quelles méthodes ?



Fédération des Maisons de Santé Comtoises
1 rue François Charrière
25000 Besançon
Maitre de Stage : Sophie MILLOT

Sommaire

Remerciements	3
Liste des abréviations	4
Introduction	5
1. Les événements indésirables associés aux soins	5
1.1 Dans le milieu hospitalier	5
1.1.1. <i>Données de la littérature</i>	5
1.1.2. <i>Réglementations</i>	5
1.2 Dans le monde ambulatoire	6
2. Les acteurs de la GEIAS	7
2.1 L'Université de Franche Comté.....	7
2.2 Le RéQua.....	8
2.3 La FéMaSaC	8
2.4 Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles.....	9
2.4.1. <i>Généralités</i>	9
2.4.2. <i>Les maisons de santé en Franche Comté</i>	9
Objectifs	10
Matériels et Méthodes	11
1. Création des conditions de réussite pour la GEIAS	11
2. Evaluation de la satisfaction et de la pertinence de la méthodologie d'accompagnement proposée	11
2.1 Questionnaire et modalités de passation	11
2.2 Traitement des données	12
3. Expérimentation de la compréhension de l'outil « Mesure de la culture de sécurité des soins »	12
3.1 Questionnaire et modalités de passation.....	12
3.2 Traitement des données	13
Résultats	14
1. Bilan des conditions de réussite pour la GEIAS	14
2. Evaluation de la satisfaction et de la pertinence de la méthodologie d'accompagnement proposée	15
2.1 Evaluation de la satisfaction du premier temps d'échanges de pratiques.....	15
2.2 Evaluation de la satisfaction du deuxième temps d'échanges de pratiques.....	16
2.2.1 <i>Satisfaction de la méthodologie proposée</i>	16
2.2.2 <i>Satisfaction au regard des outils mis à disposition et d'un personnel dédié</i>	17
2.3 Evaluation de la pertinence de la méthodologie employée	18
3. Expérimentation de la compréhension de l'outil « Mesure de la culture de sécurité des soins ».	19
Discussion - Conclusion	22
Perspectives	25
Bibliographie	26
Annexes 1 à 8	28
Résumé - Abstract	39

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier Sophie Millot, la directrice de la FéMaSaC qui m'a énormément appris sur la façon d'intervenir auprès des professionnels de santé, sur la manière de m'exprimer. Merci de m'avoir accordé le temps nécessaire pour m'écouter, m'aider, m'orienter dans la recherche de mes objectifs de stage. Merci de m'avoir permis de comprendre le monde ambulatoire.

Je remercie mes collègues de travail Fouzia Dinar et Blandine Tassel pour leur accueil, leur bonne humeur tout au long de mon stage. Merci à elles pour leur aide précieuse. Ce fût un plaisir Mesdemoiselles.

Je remercie les professionnels de santé adhérents à la FéMaSaC d'avoir cru en ce projet novateur et de m'avoir ouvert les portes de leurs maisons de santé, centre de santé ou de soins infirmiers.

Un grand merci au Docteur Anouk Haeringer-Cholet du RéQua qui a su m'accompagner et m'aider à mettre en place une démarche méthodologique des événements indésirables associés aux soins.

Je remercie également le Docteur Dominique Rossi, le président de la FéMaSaC qui m'a toujours encouragé dans ce projet. J'ai adoré réaliser ce stage au sein de votre association.

Je remercie les responsables du Master 2 Gestion Epidémiologique des Risques Infectieux et Sanitaires Didier Hocquet et Xavier Bertrand qui m'ont fait confiance et proposé le lieu de stage.

Je remercie les membres du jury qui vont évaluer ce travail et ce mémoire.

Je remercie toute ma famille et mes amis en particulier mes parents et mon compagnon qui m'ont épaulé et soutenu dans les moments difficiles.

Une forte pensée à tous mes camarades de promo 2013/2014 avec lesquels j'ai passé de très bons moments et une excellente année. Merci à eux.

Liste des abréviations

ARH : Agence **R**égionale de l'**H**ospitalisation

ARS : Agence **R**égionale de la **S**anté

AVK : Anti-Vitamines **K**

CCECQA : Comité de **C**oordination de l'**E**valuation Clinique et de la **Q**ualité en **A**quitaine

CREX : Comité de **R**etour d'**E**xpérience

DGOS : **D**irection **G**énérale de l'**O**ffre de **S**oins

DREES : **D**irection de la **R**echerche, des **E**tudes, de l'**E**valuation et des **S**tatistiques

EIAS : **E**vénements **I**ndésirables **A**ssociés aux **S**oins

EIG : **E**vénements **I**ndésirables **G**raves

ENEIS : **E**nquête **N**ationale des **E**vénements **I**ndésirables associés aux **S**oins

ERAGE : **E**quipe **R**égionale d'**A**ppui à la **G**estion des **E**vénements indésirables

ESPRIT : **E**tude nationale en **S**oins **P**RImaires sur les événemen**T**s indésirables

EVISA : **E**tude régionale sur les **E**Vénements **I**ndésirables graves liés aux **S**oins **A**mbulatoires extrahospitaliers

FéMaSaC : **F**édération des **M**aisons de **S**anté **C**omtoises

FFMPS : **F**édération **F**rançaise des **M**aisons et **P**ôles de **S**anté

GEIAS : **G**estion des **E**vénements **I**ndésirables **A**ssociés aux **S**oins

GERIS : **G**estion **E**pidémiologique des **R**isques **I**nfectieux et **S**anitaires

GIP : **G**roupement d'**I**ntérêt **P**ublic

HAD : **H**ospitalisation **A** **D**omicile

HAS : **H**aute **A**utorité de **S**anté

IDE : **I**nfirmier **D**iplômé d'**E**tat

InVS : **I**nstitut de **V**eille **S**anitaire

MSP : **M**aison de **S**anté **P**luriprofessionnelle

NMR : **N**ouveaux **M**odes de **R**émunération

PAQSS : **P**olitique d'**A**mélioration continue de la **Q**ualité et de la **S**écurité des **S**oins

PLAGE : **P**lateforme régionale d'**A**ppui à la **G**estion des **E**vénements indésirables

PMI : **P**rotection **M**aternelle et **I**nfantile

PRisM : **P**luriprofessionnalité et gestion des **R**isques par un programme **M**ultifacette en soins primaires

RéQua : **R**éseau **Q**ualité des établissements de santé de Franche Comté

RMM : **R**evue de **M**ortalité et de **M**orbidité

SSIAD : **S**ervices de **S**oins **I**nfirmiers **A** **D**omicile

UFC : **U**niversité de **F**ranche-Comté

Introduction

1. Les événements indésirables associés aux soins

La notion d'événements indésirables graves (EIG) ou associés aux soins est relativement récente en France. Suite à la publication d'études en particulier aux Etats-Unis, le rapport *To err is human. Building a safer health system* [1] a joué un rôle moteur dans la définition et la diffusion de la notion d'EIG dans le champ des politiques hospitalières à travers le monde. Les institutions publiques impulsent la réalisation d'enquêtes « hospitalo-centrées » afin d'obtenir des données précises. Les études permettront une définition d'un EIG, ainsi établit : « *un événement ayant une nature négative pour le patient avec un caractère certain de gravité (hospitalisation en réanimation, réintervention chirurgicale, risque vital ou décès), et qui est en lien avec les soins de prévention, de diagnostic ou de thérapeutique.* ».

1.1 Dans le milieu hospitalier

1.1.1 Données de la littérature

En 2004, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) réalise une enquête pionnière dite « ENEIS¹ ». Elle a pour objectif de montrer l'incidence des EIG dans 71 établissements de santé, la part de leur évitabilité et d'analyser leurs causes immédiates [2]. Cette étude a été réitérée en 2009 afin de mesurer une éventuelle évolution. La comparaison des deux enquêtes ne montre pas d'évolution significative [3].

Les résultats principaux des études ENEIS sont que 6,2 EIG surviennent pour 1000 jours d'hospitalisation dont 2,6 EIG sont évitables. Parmi les 374 EIG identifiés, 214 sont survenus pendant l'hospitalisation et 160 sont des causes d'hospitalisation et donc ont leur origine dans des soins délivrés par le monde ambulatoire. Le constat de la survenue des EIG à l'hôpital a incité à mettre en place une réglementation précise relative à leur gestion dans les établissements de santé [4].

1.1.2 Réglementation

Le ministère de la santé introduit le terme d'EIG dans les textes normatifs à travers la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 [5]. Cette loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé pose le principe de la « déclaration des événements indésirables graves liés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention autres que les infections

¹ Enquête Nationale des Evénements Indésirables associés aux Soins

nosocomiales » à l'autorité administrative compétente par tous les professionnels de santé exerçant ou non en établissement de santé.

Ensuite, la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique met en place le principe de la déclaration obligatoire des EIG [6]. Cette loi pose les bases d'une expérimentation préalable à cette déclaration. Cette expérimentation, confiée à l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), a pour objectif d'élaborer, mettre en œuvre et évaluer un dispositif d'analyse et de déclaration des EIG. Cette démarche s'inscrit dans le cadre de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) des établissements de santé.

La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire du 21 juillet 2009 marque également l'évolution des PAQSS pour les patients [7]. De ce fait, les établissements de santé sont dans l'obligation d'améliorer les indicateurs de suivi de la politique en matière de sécurité des patients.

Le décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins (EIAS) dans les établissements de santé renforce encore ces PAQSS [8].

1.2 Dans le monde ambulatoire

Les résultats des études ENEIS ont montré que des EIAS trouvaient leur origine dans la médecine de ville et conduisaient à une hospitalisation. C'est pourquoi en 2011, l'étude régionale EVISA², réalisée par le CCECQA³, s'intéresse aux EIAS dans le monde ambulatoire [9]. Il s'agit d'une analyse systématique des événements survenus en médecine de ville et causant une hospitalisation. Les objectifs principaux de cette étude sont, d'estimer la fréquence, la gravité et le caractère évitable des EIAS, d'étudier le contexte et les facteurs contributifs de leur survenue, d'estimer le coût de la prise en charge hospitalière de ces événements. Au-delà de données quantitatives, les conclusions de cette étude nous apprennent que les médecins généralistes participants sont en attente d'une meilleure connaissance des conditions de leur exercice et que les principaux EIAS sont liés au rôle majeur des médicaments, essentiellement les anti-vitamines K (AVK), les neuroleptiques et les diurétiques (38 cas).

Dans la continuité des précédentes études, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a souhaité réaliser une étude épidémiologique sur l'ensemble des risques dans le secteur des soins

² EVISA : Etude régionale sur les **EV**énements **I**ndésirables graves liés aux **S**oins **A**mbulatoires extrahospitaliers

³ CCECQA : Comité de Coordination de l'**E**valuation Clinique et de la **Q**ualité en **A**quitaine qui est une structure régionale d'évaluation située en Aquitaine

primaires. En 2012, l'étude nationale en soins primaires sur les événements indésirables (ESPRIT) a pour but d'estimer l'incidence des EIAS évitables en médecine générale et d'en décrire la typologie. La première étape de cette étude a consisté à donner une définition consensuelle d'un EIAS, ainsi posée : « **Un événement ou circonstance associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient, et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau** ». L'étude ESPRIT montre que les risques associés aux soins primaires sont différents de ceux rencontrés en milieu hospitalier. En décembre 2013, la publication du rapport d'étude révèle une incidence de 22 EIAS pour 1000 actes réalisés en médecine ambulatoire ce qui représente un EIAS tous les 2 jours par médecin généraliste libéral [10].

La conclusion de l'étude permet de définir 4 catégories de situation à risque :

- les problèmes d'organisation en cabinet médical,
- la rédaction des prescriptions (informatisée ou non),
- la communication avec les patients,
- les défauts de mobilisation des connaissances et des compétences.

A l'heure actuelle, aucun texte de loi ne formalise la lutte contre les EIAS dans le monde ambulatoire.

2. Les acteurs de la gestion des événements indésirables associés aux soins

2.1 L'Université de Franche Comté

L'Université de Franche-Comté (UFC) offre un Master 2 « Gestion Epidémiologique des Risques Infectieux et Sanitaires » (GERIS) depuis 2012. Il ouvre sur un parcours recherche ou professionnel. L'apprentissage de la gestion des risques fait partie intégrante de ce diplôme. Les perspectives d'emploi à l'issue sont notamment responsable qualité, gestionnaire de risques dans un établissement de santé. Le Master 2 GERIS peut également déboucher sur une thèse pour exercer les métiers suivants : enseignants chercheurs, praticiens hospitaliers dans un service d'hygiène hospitalière.

Un rapprochement entre l'UFC, en particulier les responsables du Master 2 GERIS et la fédération des maisons de santé comtoises (FéMaSaC) a permis l'ouverture d'un stage dans cette structure. Notons que ce rapprochement est à l'initiative du réseau qualité des établissements de santé de Franche-Comté (RéQua). Bien que l'enseignement soit principalement axé sur le milieu hospitalier, ce stage conforte l'ouverture de la gestion des événements indésirables associés aux soins (GEIAS) primaires.

2.2 Le RéQua

Le RéQua est un groupement d'intérêt public (GIP) régional créé en 2001. Il regroupe la majorité des établissements de santé publics et privés de Franche-Comté. L'origine de cette structure régionale d'appui réside de la volonté commune des établissements de santé et de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de mettre en commun leurs compétences en matière de management de la qualité et de la gestion des risques. Le RéQua s'ouvre au monde ambulatoire dès 2011. Parallèlement, l'agence régionale de santé (ARS) de Franche-Comté a soutenu la mise en place d'une plateforme régionale d'appui à la gestion des événements indésirables (PLAGE) afin de capitaliser et enrichir la dynamique des travaux déjà réalisés en mettant en place une équipe régionale d'appui à la gestion des événements indésirables (ERAGE) [11]. Cette équipe a pour mission de rapprocher les différents acteurs agissant dans le domaine des EIAS pour permettre des mutualisations enrichissantes, sans préjudice des dispositifs et expertises existants. L'ERAGE propose un accompagnement en termes de sensibilisations, formations, analyses des causes profondes et mise en place de revue de mortalité-morbidité (RMM) [12] ou de comité de retour d'expériences (CREX) (cf. Annexe 1) [13].

2.3 La FéMaSaC

La FéMaSaC est une association loi 1901 créée en mars 2007 à l'initiative de professionnels de santé libéraux exerçant en maisons et centre de santé [14]. Son objectif est de promouvoir l'exercice regroupé pluri-professionnel et de participer à la réflexion relative à l'organisation des soins de proximité. Ses principales missions sont d'accompagner les professionnels de santé dans l'élaboration de leur projet de santé et leur démarche juridique ; ou encore d'impulser et mettre en œuvre des actions de santé publique dans les maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP) de Franche-Comté. La FéMaSaC soutient également les expérimentations relatives à une prise en charge pluri-professionnelle des patients et le développement de la recherche clinique en ambulatoire. Elle est la première fédération créée en France. Aujourd'hui on en dénombre pratiquement une dans chaque région. Dans le cadre de la GEIAS, la FéMaSaC s'est associée à l'initiative du RéQua afin d'impulser cette démarche au sein des MSP et la renforcer en accueillant une stagiaire.

2.4 Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

2.4.1. Généralités

La définition d'une maison de santé est donnée par l'article L. 6323-3 du Code de la Santé Publique : « **La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.** »

« Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. » [15].

Aujourd'hui, on dénombre plus de 400 MSP en France [16]. En 2015, cette croissance sera exponentielle. En effet, Pierre De Haas, président de la fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) prévoit la création de plus de 1500 MSP en France [17].

Les professionnels de santé des MSP s'engagent dans des prises en charge pluri-professionnelles, des protocoles de coopération avec délégation de tâches qui peuvent engendrer d'autres risques que ceux pouvant survenir en pratique « isolée ». Sous l'impulsion de la FFMPS, les MSP portent une importance grandissante à la qualité en s'investissant par exemple, dans une démarche d'auto-évaluation par l'utilisation d'un référentiel d'analyse et de progression. La gestion des risques doit être intégrée à cette démarche.

2.4.2. Les maisons de santé en Franche-Comté

La Franche-Comté est précurseur en matière de regroupement pluri-professionnel. En effet, les premières MSP remontent aux années 1980. Cette région fait partie de celles où le nombre de MSP, rapporté à la population, est le plus important (cf. Annexe 2). Cette antériorité, ainsi que celle de leur fédération régionale sont probablement des éléments qui président à une bonne acceptabilité, par les professionnels de santé, à s'engager dans une démarche de GEIAS. C'est ainsi qu'une méthodologie d'accompagnement a été expérimentée et vous est présentée ci-après.

Objectifs

Au début de l'année 2013, le RéQua a accueilli Céline Grisot, stagiaire du Master 2 GERIS, afin d'initier une démarche de GEAIS en milieu ambulatoire. Le RéQua interpelle la FéMaSaC pour débiter cette mission. Deux outils sont créés : un « **Guide de réalisation d'une cartographie des risques liés aux événements indésirables associés aux soins** » et un « **Guide de mise en place de comité de retour d'expérience (CREX) et d'analyse d'un EIAS en milieu ambulatoire** ». C'est le début du partenariat entre le RéQua, la FéMaSaC et les MSP de Franche-Comté. Soucieuse de poursuivre le travail engagé, la FéMaSaC a interrogé l'ensemble des professionnels de santé des MSP sur le souhait de poursuivre la dynamique engagée.

Six sites répondent favorablement et s'engagent dans le projet :

- Maison de Santé des Mercureaux à Beure (25)
- Maison de Santé Saint Claude à Besançon (25)
- Centre de Soins Infirmiers à Pont-de-Roide (25)
- Maison de Santé de Pagney (39)
- Maison de Santé Bernard Forestier à Noidans-le-Ferroux (70)
- Centre de Santé Léon Blum – AEPNS à Belfort (90)

Partant du constat que les outils créés par Céline Grisot, sans remettre en cause leur qualité, rencontrent une appropriation par les professionnels de santé toute relative, il est décidé d'expérimenter une méthodologie de travail en plusieurs étapes. Ainsi, mon objectif de stage est de créer les conditions favorables de la GEIAS dans le monde ambulatoire. L'objectif de mon travail de mémoire sera donc d'évaluer la pertinence de la méthodologie déployée.

Par ailleurs, la FéMaSaC s'est rapprochée de l'équipe de recherche des Hospices Civils de Lyon chargée de mener l'étude Pluriprofessionnalité et gestion des Risques par un programme Multifacette en soins primaires (PRisM). Le premier objectif de PRisM étant une mesure de la culture de sécurité des soins en milieu ambulatoire, ces chercheurs travaillent à la traduction du questionnaire américain de **l'Agency for Healthcare Research and Quality** [18]. Le choix de ce questionnaire repose sur sa validité et la possibilité qu'il offre de se comparer à des données internationales. Mon second objectif de mémoire est donc d'évaluer la compréhension du questionnaire **Medical Office Survey on Patient Safety** traduit en le testant auprès des professionnels de santé franc-comtois.

Matériels et Méthodes

1. Création des conditions de réussite pour la GEIAS

La FéMaSaC a choisi de poursuivre la démarche initiée par le RéQua en l'adaptant davantage à la médecine de ville. Une méthodologie en plusieurs étapes : sensibilisation aux EIAS, formation à l'analyse des EIAS, accompagnement personnalisé et temps d'échanges de pratiques, a été proposée aux professionnels de santé des MSP de Franche-Comté.

Deux nouveaux outils (Tableau d'analyse d'un EIAS et Fiche de synthèse de la méthode Orion[®] [19], cf. Annexes 3 et 4) ont été adaptés à partir des outils élaborés précédemment par le RéQua.

Un tableau de suivi des actions correctrices a été conçu permettant de visualiser l'avancée de ces actions dans chaque MSP (cf. Annexe 5).

Un accompagnement sur site et à distance des 6 MSP expérimentatrices a été réalisé par la stagiaire en Master 2 GERIS en participant à chaque CREX et/ou en aidant à la préparation de ceux-ci. Des recherches bibliographiques ont été menées au regard des EIAS analysés. Des outils (protocoles, fiches de consignes...) ont été créés permettant la non-répétition d'un EIAS survenu dans une MSP. Quelques exemples sont présentés en annexe 6. Une extraction de données sur le temps passé a été réalisée à partir du logiciel de gestion interne de la FéMaSaC.

Enfin, deux temps d'échanges de pratiques (26 septembre 2013 et 20 mai 2014) ont été organisés entre les différentes équipes engagées dans le projet.

2. Evaluation de la satisfaction et de la pertinence de la méthodologie d'accompagnement proposée

Différents temps d'évaluation de la satisfaction des professionnels de santé ont été programmés.

2.1 Questionnaire et modalités de passation

Une grille d'évaluation de la satisfaction du premier temps d'échanges de pratiques relative au projet « GEIAS » a été conçue (cf. Annexe 7). Cette fiche est composée de 9 questions réparties en plusieurs thèmes : l'évaluation de la satisfaction, les réponses aux attentes, les impressions la plus et la moins favorable, les remarques éventuelles. Elle a été remise et remplie par chaque participant à l'issue de cette première rencontre.

Un questionnaire (cf. Annexe 8) sur le projet global « GEIAS » a été rédigé pour évaluer la satisfaction et la pertinence de la méthodologie d'accompagnement réalisée tout au long des 5 mois. Il a été rempli par les professionnels de santé participant au projet GEIAS à la fin du second temps d'échanges de pratiques. Ce questionnaire est composé de 3 grandes parties :

- I- Mesure de la satisfaction relative au projet GEIAS
- II- Proposition de création d'une boîte à outils commune
- III- Bilan du projet

2.2 Traitement des données

Les résultats sont l'objet d'un tri à plat pour les données quantitatives, et d'une analyse littérale pour les données qualitatives. Les résultats les plus pertinents sont présentés dans la partie résultats.

3. Expérimentation de la compréhension de l'outil « Mesure de la culture de sécurité des soins »

3.2 Questionnaire et modalités de passation

Une première traduction du « **Medical Office Survey on Patient Safety – AHRQ** » [18] a été réalisée par les chercheurs de l'étude PRisM. Ce questionnaire a pour objectif de mesurer la culture de sécurité des soins auprès des professionnels de santé exerçant en regroupement pluri-professionnel. Celui-ci est composé de 65 questions réparties en 8 parties :

- A. Liste de problèmes concernant la sécurité et la qualité des soins prodigués aux patients
- B. Communication / Echange d'informations avec d'autres professionnels ou unités de soins externes à la structure
- C. Conditions de travail dans la structure de soins
- D. Communication et suivi
- E. Directeur / Responsable d'équipe / Gestionnaire
- F. Structure de soins
- G. Evaluation globale de la qualité et de la sécurité du patient
- H. Profil des répondants

Afin de vérifier la compréhension de cet outil, la région Franche-Comté a accepté de servir de pilote, via la FéMaSaC et les 6 MSP engagées dans le projet GEIAS. Ce questionnaire a été envoyé aux référents de chaque MSP participant au projet GEIAS. Ces derniers se sont chargés de le diffuser auprès de leur équipe. Concernant les autres professionnels de santé, une annonce a été

faite par un envoi contrôlé via le Flash info de la FéMaSaC pour éviter tout risque de fuite du questionnaire. Enfin, les questionnaires renseignés ont été retournés par mail ou par courrier à la FéMaSaC.

3.2 Traitement des données

Pour chaque question, plusieurs modalités de réponses sont possibles. Pour analyser les résultats, un tri à plat des données a été réalisé sur EXCEL[®]. A ce stade de traduction, il n'était pas envisageable de produire une analyse par dimension ou tris croisés.

Les professionnels de santé de Franche Comté ont testé la compréhension de ce questionnaire en apportant des éléments qualitatifs contribuant à l'amélioration de la traduction et à l'adaptation de cet outil à la culture française de la sécurité des soins. La FéMaSaC a ainsi recueilli et fait remonter tous les commentaires des professionnels de santé franc-comtois à l'équipe de recherche de Lyon.

De plus, un vrai travail de collaboration a été accompli avec les chercheurs. Grâce à son expérience, sa connaissance de terrain et des MSP, la FéMaSaC, représentée par sa directrice et moi-même, a mentionné aux chercheurs les résultats qui sous-entendaient que la traduction ne reflétait pas la réalité ou bien que les questions n'avaient pas été comprises par les professionnels de santé.

Afin de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'interprétations des commentaires et des résultats par la FéMaSaC et les chercheurs, il a été décidé de mettre en œuvre des *focus group* [20] [21] [22]. Cette technique d'animation devra permettre de comprendre ce qui a poussé les professionnels de santé à choisir tel élément de réponses, à percevoir finement les termes qui n'ont pas de sens dans leur pratique et réalité professionnelles.

Les résultats présentés dans la partie suivante n'ont donc pas la prétention de rendre des éléments relatifs à une culture de sécurité des soins. Ils illustrent ce qui pousse les chercheurs à revoir la première traduction.

Résultats

1. Bilan des conditions de réussite pour la GEIAS

Le tableau I récapitule l'ensemble des actions réalisées et l'accompagnement mené tout au long des 5 mois de stage sur les différents sites expérimentateurs. Nous faisons le choix d'anonymiser les sites, afin d'éviter toute identification. Leur composition, leur antériorité dans le projet, leurs objectifs n'étant pas les mêmes, il ne serait pas opportun de tenter une éventuelle comparaison.

Tableau I : Bilan des différentes actions menées par ou auprès des sites engagés dans la GEIAS.

Sites	Sensibilisation aux EIAS	Formation à l'analyse	Nombre de professionnels de santé dans les CREX constitués	Périodicité des CREX	Nombre d'EIAS analysés	Nombre d'actions correctrices mises en place	Participation aux temps d'échanges de pratiques	Temps passé par un personnel dédié (en heure) **
1	1*	1*	5	Trimestriel	3	14	2	29
2	1*	1	5	Trimestriel	2	4	2	58
3	1*	1*	13	Mensuel	6	12	2	94
4	1	-	0	-	1	1	1	35
5	1	1	5	Selon les besoins	2	2	2	27
6	1*	1	4	Trimestriel	3	4	2	43
TOTAL	6	5	32	-	17	37	11	286

*MSP sensibilisées et formées l'année précédente par le RéQua.

** Présence du personnel dédié lors des sensibilisations, des formations à l'analyse d'un EIAS, des CREX, de la préparation d'un CREX, des temps d'échanges de pratiques et temps d'élaboration d'actions correctrices complexes.

Les 6 sites expérimentateurs ont été sensibilisés aux EIAS. Certains sites ont bénéficié d'une sensibilisation et d'une formation à l'analyse par le RéQua en 2013. Les autres sites en ont bénéficié au début de l'année 2014. Cinq sites ont été formés à l'analyse d'un EIAS et ont constitué un CREX. Au total, 17 EIAS ont été analysés et 37 actions correctrices ont été mises en place au sein des 6 sites expérimentateurs.

Les organisations des CREX au sein des MSP sont différentes. En effet, le nombre de professionnels de santé qui constitue le CREX varie entre 4 et 13. De plus, leur périodicité varie en fonction des sites. Le site n°3 organise des CREX mensuels tandis que les autres sites organisent des CREX trimestriels ou selon les besoins. Au total, 32 professionnels de santé s'engagent dans une GEIAS en participant à des CREX.

Chaque site a mis en place différentes actions correctrices. La complexité d'un EIAS peut nécessiter la mise en œuvre de plusieurs actions correctrices.

Lorsque l'action correctrice est complexe, le temps passé par un personnel dédié est plus conséquent. Ainsi, le temps passé par un personnel dédié à la GEIAS ne peut pas être mis en corrélation avec le nombre d'EIAS analysés ou d'actions correctrices mises en place. Le temps passé dépend essentiellement de la périodicité des CREX et de la complexité des actions

correctrices décidées. Au total, 286 heures ont été consacrées à l'accompagnement méthodologique des sites expérimentateurs.

Intégrant la méthodologie d'accompagnement proposée, 2 temps d'échanges de pratiques ont été organisés. Six sites ont participé au premier temps et 5 sites au second. Ces rencontres représentaient un moment opportun pour évaluer la satisfaction des professionnels de santé.

2. Evaluation de la satisfaction et de la pertinence de la méthodologie d'accompagnement proposée

Il s'agit d'une évaluation « à chaud » puisque les évaluations sont réalisées à la fin des rencontres. Seize professionnels de santé ont participé au premier temps d'échanges de pratiques en septembre 2013 et 11 professionnels de santé étaient présents au second en mai 2014 (Tableau II). Le taux de réponse aux outils d'évaluation est de 100 %.

Tableau II : Professionnels de santé participants aux temps d'échanges de pratiques (Septembre 2013 et Mai 2014).

Professions	Nombre de participants au 1 ^{er} temps d'échanges de pratiques	Nombre de participants au 2 nd temps d'échanges de pratiques
IDE	3	1
Masseur Kinésithérapeute	2	3
Médecin	8	4
Orthoptiste	1	0
Pharmacien	2	0
Pédicure Podologue	0	1
Personnel Administratif	0	2
TOTAL	16	11

2.1 Evaluation de la satisfaction du premier temps d'échanges de pratiques

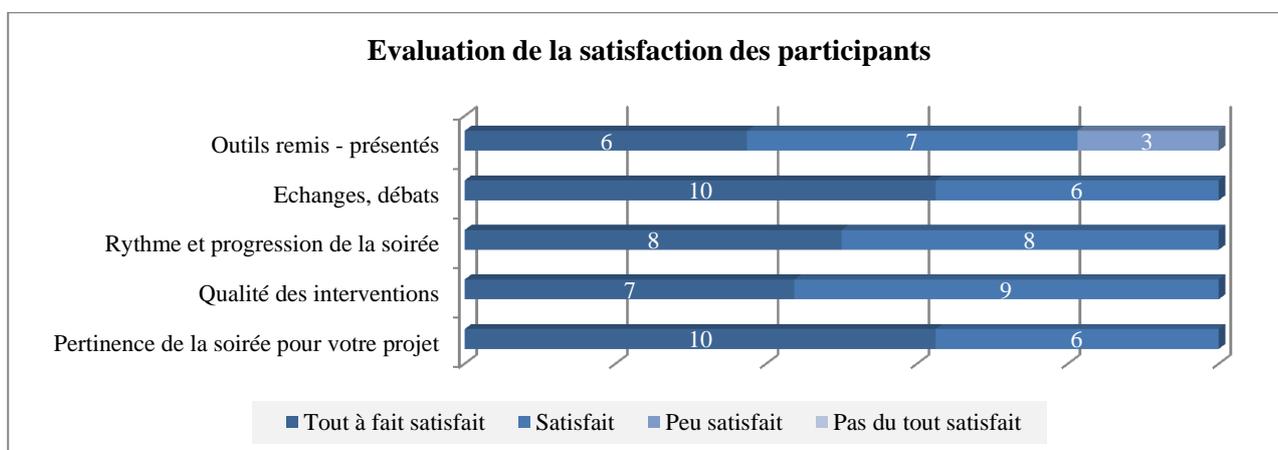


Figure 1 : Evaluation de la satisfaction des participants au premier temps d'échanges de pratiques en fonction de 4 critères.

Le premier temps d'échanges de pratiques a permis aux 6 sites expérimentateurs de parler de leur motivation, leur formation et des actions qu'ils aimeraient mettre en place. Seize professionnels de santé interrogés se déclarent « satisfait » ou « tout à fait satisfait » des échanges et des débats, du rythme et de la progression de la soirée, de la qualité de l'intervention ainsi que de la pertinence de cette rencontre. Cependant, 3 professionnels de santé sont peu satisfaits des outils remis et présentés (Figure1).

Ce premier temps d'échanges de pratiques a répondu « tout à fait » aux attentes de 9 professionnels de santé. Six autres professionnels déclarent que la rencontre répond « plutôt » à leurs attentes. Un professionnel trouve que la soirée n'a plutôt pas répondu à ses attentes (Figure 2).

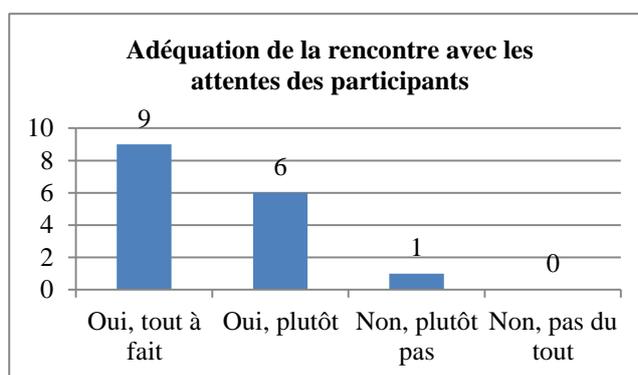


Figure 2 : Réponses aux attentes des professionnels de santé.

2.2 Evaluation de la satisfaction du second temps d'échanges de pratiques

Le second temps d'échanges de pratiques a permis aux 5 sites présents de partager leur expérience en décrivant les EIAS survenus et/ou analysés dans leur MSP ainsi que les actions correctrices mises en œuvre. Un questionnaire de satisfaction a été distribué aux professionnels de santé présents.

Onze professionnels de santé ont répondu à ce questionnaire. La présentation des résultats s'organise en 3 parties : la méthodologie proposée, les outils mis à disposition et le personnel dédié.

2.2.1 Satisfaction relative à la méthodologie proposée

Au niveau de la satisfaction générale relative à la méthodologie proposée, les professionnels de santé sont globalement satisfaits.

Soulignons toutefois que certains professionnels se sentent « non concerné » par l'accompagnement à distance. En effet, 4 professionnels se sentent « non concerné » par les « contacts de personnes ou experts ressources », 5 par les « actions correctrices : création d'outils » et 7 par les « recherches bibliographiques » (Tableau III).

Tableau III : Satisfaction des répondants relative à la méthodologie proposée.

	Tout à fait satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Non concerné	Non réponse
Méthodologie proposée						
<i>Accompagnement sur site</i>						
Sensibilisation aux EIAS	4	7	-	-	-	-
Formation à l'analyse des EIAS : Méthode Orion®	2	5	2	-	1	1
Aide à la préparation du CREX (Chronologie des faits, Facteurs contributifs...)	3	4	1	-	2	1
<i>Accompagnement à distance</i>						
Actions correctrices : création d'outils (Protocoles, Fiches de consignes...)	4	1	-	-	5	1
Recherches bibliographiques (Recommandations de bonnes pratiques, lois, décrets...)	-	3	-	-	7	1
Contacts de personnes ou experts ressources	2	4	-	-	4	1
<i>Temps d'échanges de pratiques</i>						
Valorisation de votre expérience	2	9	-	-	-	-
Maintien à la dynamique engagée	2	8	1	-	-	-

En revanche, l'accompagnement sur site semble très apprécié. La sensibilisation aux EIAS a satisfait 11 professionnels : 7 « satisfait » et 4 « tout à fait satisfait ».

La formation à l'analyse des EIAS : méthode Orion® et l'aide à la préparation au CREX rendent satisfaits voire tout à fait satisfaits 7 professionnels. Deux professionnels sont peu satisfaits.

Onze professionnels de santé sont « satisfait » ou « tout à fait satisfait » de la valorisation de leur expérience et 10 sont également « satisfait » du maintien à la dynamique engagée lors des temps d'échanges de pratiques.

2.2.2. Satisfaction au regard des outils mis à disposition et d'un personnel dédié

Concernant les outils mis à disposition, le degré de satisfaction varie. Entre 6 et 8 professionnels de santé sont « tout à fait satisfait » ou « satisfait » des outils remis et présentés (Tableau IV). Certains professionnels de santé se sentent « non concerné ». Un ou deux répondants sont « peu satisfait ».

En revanche, les résultats relatifs au personnel dédié, ici la stagiaire de Master 2 GERIS, sont plutôt positifs puisque 10 professionnels de santé sont « tout à fait satisfait » ou « satisfait » des compétences complémentaires à celles disponibles dans leur MSP apportées, de la disponibilité de la stagiaire, de la qualité et de la pertinence de l'aide apportée.

Trois professionnels de santé se sentent « non concerné » par le rapport Coût / Plus-value pour leur structure, et 2 professionnels sont « peu satisfait ».

Tableau IV : Satisfaction des professionnels de santé au niveau des outils mis à disposition et du personnel dédié aux EIAS.

	Tout à fait satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Non concerné	Non réponse
Outils mis à disposition						
Fiche de synthèse Méthode Orion®	1	7	2	-	1	-
Tableau d'analyse des EIAS	3	3	2	-	2	1
Fiche de signalement des EIAS	3	5	2	-	-	1
Trame de compte-rendu du CREX	2	6	1	-	1	1
Tableau de suivi des actions correctrices	4	2	1	-	3	1
Personnel dédié						
Compétences complémentaires à celles disponibles dans votre MSP	4	6	-	-	-	1
Disponibilité	6	4	-	-	-	1
Qualité et pertinence de l'aide apportée	5	5	-	-	-	1
Rapport Coût / Plus-value pour votre structure	1	4	2	-	3	1

Au-delà du niveau de satisfaction des professionnels de santé, il est apparu opportun de mesurer le degré de nécessité perçu de l'accompagnement proposé. Ce point est présenté ci-après.

2.3 Evaluation de la pertinence de la méthodologie employée

Un des objectifs principaux de ce mémoire est de mesurer la pertinence de la méthodologie employée pour la GEIAS dans le milieu ambulatoire.

Onze professionnels ont répondu aux items proposés dans le Tableau V. Celui-ci indique le degré de nécessité perçu par les répondants de chaque étape pour mettre en place une démarche de gestion des risques dans une MSP.

Tableau V : Mesure du degré de nécessité des différentes étapes de la méthodologie proposée.

	Tout à fait nécessaire	Nécessaire	Peu nécessaire	Pas du tout nécessaire	Non concerné	Non réponse
Sensibilisation aux EIAS	7	3	1	-	-	-
Formation à l'analyse des EIAS	4	4	3	-	-	-
Accompagnement	3	6	1	-	-	1
Personnel dédié	2	8	1	-	-	-
Temps d'échanges de pratiques	4	7	-	-	-	-

Globalement, les participants au temps d'échanges de pratiques déclarent que les différentes étapes de la méthodologie employée sont nécessaires.

Notons que 7 professionnels de santé pensent que la sensibilisation aux EIAS est « tout à fait nécessaire ». Trois répondants trouvent que la formation à l'analyse des EIAS est « peu nécessaire ».

Concernant l'accompagnement, 6 professionnels indiquent cette étape « nécessaire ». Huit répondants déclarent qu'un personnel dédié est « nécessaire ».

La dernière étape est consacrée au temps d'échanges de pratiques. Ainsi 7 participants pensent que ces rencontres sont « nécessaire ».

En globalisant les résultats obtenus, le Tableau V démontre bien que la majorité des étapes proposées aux professionnels de santé sont vécues comme « nécessaire » pour favoriser la mise en place d'une GEIAS au sein des MSP de Franche-Comté.

Finalement, les résultats relatifs tant à la satisfaction qu'au degré de nécessité d'un personnel dédié sont cohérents. Dix répondants sont satisfaits voire tout à fait satisfaits et 10 participants pensent que ce personnel dédié est nécessaire voire tout à fait nécessaire.

Parallèlement, nous avons profité de la volonté et de la motivation des 6 sites expérimentateurs pour leur faire tester la compréhension d'un questionnaire « Mesure de la culture de la sécurité des soins » qui sera utilisé dans le cadre de l'étude nationale PRisM.

Les résultats qui ont suggéré que la traduction posait des difficultés de compréhension ou de sens sont présentés dans le paragraphe suivant.

3. Expérimentation de la compréhension de l'outil « Mesure de la culture de sécurité des soins »

Le test de cet outil a été réalisé par les professionnels de santé de Franche-Comté dans le but d'obtenir une traduction adaptée à la compréhension et à la réalité des professionnels de santé du monde ambulatoire.

Quatre-vingt-quatorze professionnels de santé ont répondu à ce questionnaire. La majorité des réponses obtenues provient des 6 sites expérimentateurs. Seules 4 réponses sur 94 sont issues de professionnels qui exercent dans d'autres MSP. Le tableau VI présente le nombre de répondants par profession. Trois catégories de professionnels ont répondu majoritairement : les médecins généralistes, les IDE et les secrétaires. Cela reflète bien la composition d'une équipe de MSP.

Tableau VI : Nombre de répondants par profession.

Professions	Nombre de répondants
Aide-Soignante	4
Assistant comptable	1
Assistante de projet de Santé	1
Directeur	1
DRH	1
Ergothérapeute	1
IDE	19
Infirmière coordinatrice	2
Masseur Kinésithérapeute	5
Médecin Généraliste	28
Pharmacien	3
Podologue Pédicure	2
Psychologue	1
Sage-femme	3
Secrétaire	17
Autre	2
Non réponse	3
TOTAL	94

Principalement 2 des 8 parties du questionnaire présentent des résultats qui interrogent tant les chercheurs que la FÉMaSaC. Elles sont exposées ci-après.

Concernant la partie B « Communication / Echanges d'informations avec d'autres professionnels ou unités de soins externes à la structure », environ 1/3 des professionnels interrogés ne répond pas à ces questions ou coche « ne s'applique pas ou ne sait pas » (Figure 5).

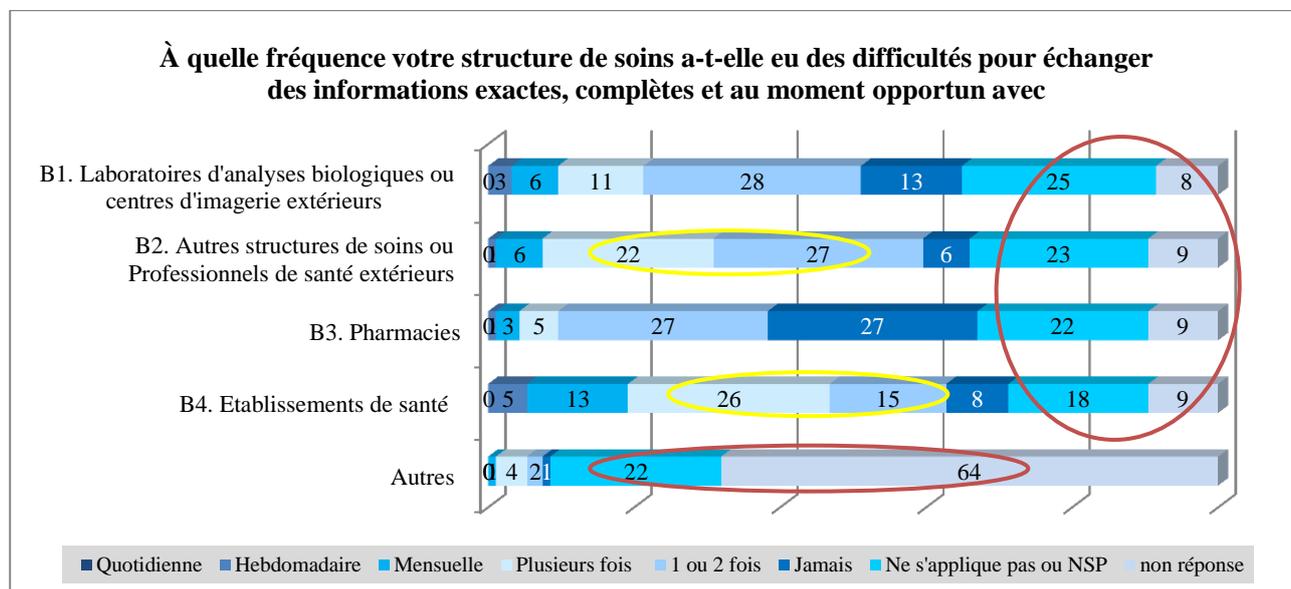


Figure 5 : Fréquence des échanges des informations exactes, complètes et au moment opportun de la structure de soins selon 5 critères.

L'analyse des résultats concernant les « non réponse » montre que les répondants proviennent d'un seul et même site. De plus, une seule catégorie de professionnels est concernée : le personnel administratif. Lorsqu'on analyse la profession des répondants ayant indiqué « ne s'applique pas ou ne sait pas », on remarque que ce sont majoritairement les sages-femmes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes ou alors le personnel administratif.

En regardant les chiffres entourés en jaune de la figure 5, les questions que se posent la FéMaSaC et les chercheurs de Lyon sont :

- Quelles différences font les professionnels de santé entre les « autres structure de soins » (B2) et les « établissements de santé » (B4) ?
- Que signifie le terme « professionnels de santé extérieurs » pour eux ?
- Où les répondants placeraient-ils la PMI⁴, l'HAD⁵ et les SSIAD⁶ ? Dans « Autres » ? Et si tel est cas, comment interpréter le nombre important de « non réponse » ou de « ne s'applique pas ou ne sait pas » ?

Les modalités de réponse interrogent aussi : quelle différence font-ils entre « plusieurs fois » et « 1 ou 2 fois » dans les 12 derniers mois.

La partie E « Directeur / Responsable d'équipe / Gestionnaire » est maintenant analysée. Vingt-deux professionnels de santé sur 94 se déclarent « directeur, responsable d'équipe ou gestionnaire » (Tableau VII). Sauf pour les centres de santé et de soins où l'organigramme implique une hiérarchie structurée, la particularité d'une MSP est de regrouper physiquement des professionnels de santé libéraux. Leur structuration juridique est parfois complexe et peut voir coexister plusieurs sociétés, avec des gérants multiples. La formulation de la question peut être troublante pour les équipes de MSP par rapport à la réalité du terrain et les résultats obtenus ne pas correspondre à ce que les chercheurs souhaitaient illustrer.

Tableau VII : Nombre de professionnels de santé qui se déclare "Directeur, responsable d'équipe et gestionnaire" au sein des 6 sites expérimentateurs.

	Directeur / DRH	IDE	Médecin Généraliste	Masseur Kinésithérapeute	Pharmacien	Podologue
Site 1			3	1	1	
Site 2		1	3			
Site 3	2	1				1
Site 4			1			
Site 5			3	1	1	
Site 6			3			

Par conséquent, les *focus groups* organisés au mois de juin tenteront de répondre à toutes ces questions qui sont apparues afin d'obtenir une traduction plus adaptée de cet outil et ainsi permettre d'atteindre l'objectif fixé.

Degré de satisfaction, nécessité perçue d'un accompagnement en plusieurs étapes, perception et compréhension d'un outil de mesure de la sécurité des soins en milieu ambulatoire ouvrent vers des réflexions livrées dans le prochain chapitre.

⁴ PMI : Protection Maternelle et Infantile

⁵ HAD : Hospitalisation à domicile

⁶ SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

Discussion - Conclusion

Les conditions de réussite de la GEIAS font l'objet de ce mémoire. Cependant, certains points de vigilance ont été mis en évidence lors de ce stage et vont être énoncés ci-après.

En premier lieu, certaines limites à ce travail d'expérimentation et d'évaluation doivent être exposées. Tout d'abord, le nombre de participants aux temps d'échanges de pratiques étant faible, l'échantillon auditionné n'est pas suffisamment représentatif de la population de la médecine de ville. De ce fait, les résultats obtenus ne peuvent prétendre à une généralisation au monde ambulatoire. Ils donnent seulement le reflet de l'expérimentation menée en Franche-Comté.

Le temps de stage étant relativement court (5 mois), cela a imposé plusieurs facteurs limitants. Pour commencer, le nombre de sites expérimentateurs est de 6. Ils représentent les maisons et centres de santé qui se sont mobilisés spontanément. Le choix de ne pas chercher à investir plus de sites a été pris *a priori*. Temps de stage et nombre de sites limités ont également justifié le choix de non-exhaustivité des méthodes et outils utilisés. Tous ces éléments aboutissent au développement d'un test unique de CREX au sein des MSP. Cinq sites sur 6 ont adopté et mis en œuvre cette technique. Celle-ci permet de travailler en équipe pluri-professionnelle, confirmé par la composition de ces CREX. Elle contribue certainement à renforcer la cohésion d'équipe et la reconnaissance de chaque profession.

Parallèlement, le questionnaire sur la culture de sécurité des soins en milieu ambulatoire montre les difficultés de compréhension par les professionnels de santé libéraux des notions d'équipe et de structure de soins. Une MSP est la réunion de plusieurs professionnels de santé libéraux qui décident d'exercer différemment en renforçant notamment la pluri-professionnalité [23]. Or, cela suppose de construire et de s'approprier la notion d'équipe de soins qui ne va pas de soi en milieu ambulatoire, contrairement au milieu hospitalier. Les CREX deviennent ainsi un lieu d'apprentissage de l'exercice en équipe.

Concernant l'accompagnement des sites expérimentateurs mis en place, l'idée a été de procéder par étapes. Au regard des résultats relatifs au degré de satisfaction, l'accompagnement semble correspondre aux attentes des professionnels de santé. Néanmoins les résultats au niveau de l'accompagnement à distance sont plus mitigés. La recherche bibliographique ne fait pas ou peu partie de la culture du monde ambulatoire. C'est sans doute pourquoi, nous obtenons ces résultats. Il est probable que ces résultats sont dus à la non perception du travail réalisé et pourtant indispensable dans une démarche de GEAIS. Nous pouvons faire un parallèle avec le centre ressources de la haute autorité de santé (HAS) créé pour les MSP. Sa mission est de réaliser les

recherches bibliographiques indispensables à la rédaction de protocoles. Force est de constater qu'à ce jour, il est peu sollicité. Le peu de culture de recherche, de bibliographie, de formalisation s'illustre également avec les nouveaux modes de rémunération (NMR) - module 3 - relatifs à l'élaboration de protocole de coopération [24]. S'ils émanent en majorité du monde hospitalier, cela s'explique peut-être par la lourdeur rédactionnelle et administrative qu'ils imposent.

Intéressons-nous à présent aux outils mis à disposition. La majorité des professionnels de santé en sont satisfaits. Cependant, certains professionnels de santé sont non satisfaits, non concernés ou ne répondent pas. Ces résultats confirment ce que nous pressentions au départ du projet et qui justifiait les objectifs de stage : l'adaptation d'outils au monde ambulatoire. Les outils du RéQua dont l'appropriation est restée faible et ce malgré les efforts de simplification, devaient encore une fois faire l'objet d'une adaptation.

Il convient cependant de nuancer ce qui pourrait être interprété comme une satisfaction moindre, avec le fait que toutes les équipes les utilisent. La présence et l'utilisation de ces derniers par la stagiaire de M2 GERIS se révèlent être un facteur déterminant à leur appropriation par les professionnels et en particulier les référents de la GEAIS au sein des MSP.

De plus, le degré d'implication est différent selon les professionnels de santé mais également au niveau des équipes. Bien que l'analyse des réponses ne nous permette pas de vérifier notre argument, il semble opportun de penser que la périodicité des CREX est un bon indicateur d'appropriation des outils. En effet, plus la périodicité est rapprochée, plus le degré de maîtrise des outils sera bon. Par extrapolation, plus leur nécessité sera perçue.

La collaboration entre un personnel dédié - stagiaire - et les professionnels de santé est une réelle plus-value. La stagiaire de M2 GERIS, lors de sa présence sur site, a pu détecter les difficultés des professionnels de santé à suivre leurs actions correctrices. Un tableau de suivi de ces dernières a donc été élaboré et adapté afin que les professionnels de santé puissent vérifier les avancées. Cette plus-value réside également dans le transfert de compétences entre la stagiaire et les référents de chaque site qui sont probablement les plus satisfaits comme le montrent les résultats relatifs au personnel dédié. Il avait effectivement été demandé à chaque site, de nommer un référent. Interlocuteur privilégié, ce référent est probablement un élément favorisant le développement de la GEIAS.

La spécificité du monde ambulatoire, et plus particulièrement des MSP, doit être prise en considération. Aujourd'hui, nous sommes au début d'une démarche qualité dans les MSP dont la GEIAS peut faire partie. Lors des journées de la FFMPS en mars 2014, la FéMaSaC qui animait un atelier sur ce thème a lancé un appel à communication au niveau national. Seule la Franche-Comté a témoigné de son expérience de GEIAS [25]. L'étude PRisM dont l'hypothèse est de démontrer

qu'un accompagnement des centres et maisons de santé à la mise en place de CREX nous laisse penser que l'objectif de ce stage a bien contribué au développement de conditions favorables à la GEAIS dans l'ambulatorio.

L'étude ESPRIT est la première étude française sur les EIAS en ambulatorio. Néanmoins les résultats obtenus l'ont été auprès des médecins généralistes appartenant aux réseaux GROG. Ils sont donc habitués à recueillir et faire remonter des données épidémiologiques. Les auteurs évoquent ce biais d'étude [10]. Et notre expérience conforte l'idée que les professionnels de santé libéraux ne sont pas familiers du recueil et de l'analyse de données. Développer la GEIAS auprès des équipes de soins primaires impose de prendre en considération ses spécificités et sa culture.

Comme nous y avons fait référence précédemment, la notion d'équipe peut paraître floue ou particulière dans le monde ambulatorio. Cet élément s'illustre également dans les résultats au questionnaire « Mesure de la culture de sécurité des soins » en milieu ambulatorio. La complexité et la juxtaposition de structures juridiques au sein d'une même MSP favorisent probablement la difficulté de positionnement de chaque professionnel. De même, s'ils sont capables de révéler leurs difficultés personnelles de communication avec d'autres acteurs de santé extérieurs à la MSP, ils ne peuvent en avoir une vision globale, au titre du groupe de professionnels exerçant dans un lieu commun. Cela laisse supposer que pour certains d'entre eux, l'exercice en MSP reste une juxtaposition physique de professionnels et non l'exercice en équipe de soins primaires.

Tous ces éléments démontrent bien la spécificité du monde ambulatorio. La méthodologie employée est bien un élément facilitateur au développement de la GEIAS dans les MSP. La pertinence de la méthodologie déployée est démontrée ; mais elle reste toute relative à cause du faible échantillon de répondants qui ne permet pas de généraliser les résultats obtenus. L'étude PRisM confirmera ou infirmera nos propos à l'échéance de 2016.

Par ailleurs mon second objectif était d'évaluer la compréhension du questionnaire de la culture de sécurité des soins en milieu ambulatorio en le testant auprès des professionnels de santé franc-comtois. Cet objectif est allé bien au-delà des espérances en créant une véritable collaboration entre la FéMaSaC et les chercheurs de Lyon. Cette collaboration est illustrée grâce à la participation et à l'animation des *focus groups* par l'équipe de recherche lyonnaise organisés dans les MSP de Franche-Comté au mois de juin. Les nombreuses questions que suscitent les réponses des professionnels de santé libéraux confirment qu'il leur faut du temps pour s'approprier une démarche de gestion des événements indésirables. Cela suggère également que le travail en partenariat, associant experts « qualité » et professionnels de santé de terrain est indispensable.

Forts de notre expérience franc-comtoise, plusieurs perspectives peuvent être envisagées.

Perspectives

La Franche-Comté, du fait d'un contexte particulier : antériorité des MSP, envergure de la FéMaSaC, présence d'acteurs et de partenaires associés à la GEIAS, est une région précurseur de la GEIAS. Comme en témoigne la communication réalisée aux journées de la FFMPS au mois de mars à Tours, la gestion des EIAS dans le monde ambulatoire par cette méthodologie proposée est unique en France [25]. Ce projet est totalement innovant et novateur. Grâce à cette participation, le développement d'une gestion des EIAS primaires est désormais envisagé par d'autres régions. Le bilan réalisé auprès des participants à cet atelier incite la FéMaSaC à proposer un nouvel atelier lors des journées nationales 2015.

Si la proposition de créer une boîte à outils a été mentionnée lors du dernier temps d'échanges de pratiques, chaque partie prenante s'accorde à dire que la mise à disposition des réalisations doit être accompagnée et contrôlée.

La FéMaSaC et le RéQua souhaiteraient étendre et développer la démarche de GEIAS primaires à d'autres structures de Franche-Comté. Cela justifie donc d'ouvrir une offre de stage à un étudiant M2 GERIS l'année prochaine. Les nouveaux objectifs pourraient être de vérifier la plus-value d'un personnel dédié à la GEIAS dans le monde ambulatoire. Les résultats de l'étude nationale PRisM sont très attendus par les instances publiques. Ces résultats pourront peut-être renforcer les arguments relatifs à l'impérieuse nécessité de créer des postes de « qualitiens » spécialisés au monde ambulatoire.

Les professionnels de santé sont finalement très réceptifs à ce projet. La FéMaSaC envisage donc de déposer un dossier de candidature pour obtenir une bourse CIFRE. Ainsi, l'expérimentation des EIAS en Franche-Comté serait prolongée et bien évidemment étendue à d'autres sites et pourquoi pas aux professionnels de santé libéraux qui font le choix d'un exercice « plus isolé ».

« La seule voie qui offre quelque espoir d'un avenir meilleur pour toute l'humanité est celle de la coopération et du partenariat » a dit Kofi Annan. Nous souhaitons que cette expérimentation de la coopération et du partenariat illustrée tout au long de ce travail de mémoire, a contribué modestement au développement de la GEIAS en milieu ambulatoire.

Bibliographie

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, America CQHC, Medecine I (2000) To err is human: Building a safer health system. National Academies Press 320 p.
2. Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaudvialle S, Sarasqueta AM, et al. (2005) Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé: premiers résultats d'une étude nationale. Etudes et résultats DREES 398: 1-15.
3. Michel P, Lathelize M, Quenon JL, Bru-Sonnet R, Domecq S, et al. (2011) Comparaison des deux enquêtes nationales sur les événements indésirables graves associés aux soins menées en 2004 et 2009. Rapport final DREES 118p.
4. Michel P, Minodier C, Moty-Monnereau C, Lathelize M, Domecq S, et al. (2011) Les événements indésirables graves dans les établissements de santé: fréquence, évitabilité et acceptabilité. Etudes et résultats DREES 761: 8p.
5. (2002) Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Dans: Code de santé publique. JORF 44118-4159.
6. (2004) Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Dans: Code de santé publique. JORF 185: 14277-14362.
7. (2009) Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Dans: Code de santé publique. JORF 167: 12184-12272.
8. (2010) Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relative à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé. Dans: Code de Santé Publique. JORF 265: 20428.
9. Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Bru Sonnet R (2009) Les événements indésirables liés aux soins extrahospitaliers: fréquence et analyse approfondie des causes (étude EVISA). Rapport final DREES 81p.
10. Michel P, Kerié-Gascou M, Kret M, Mosnier A, Dupie I, et al. (2013) Etude nationale en Soins PRIMaires sur les événements indésirables (ESPRIT 2013). Rapport final CCECQA 149p.
11. (2012) Les missions: une structure régionale d'appui. <http://www.requa.fr/medico/3/les-missions.html> Consulté le 7 avril 2014.
12. (2009) Evaluation et amélioration des pratiques: Revue de mortalité et de morbidité (RMM). Guide méthodologique HAS 60p.
13. François P, Sellier E, Imburchia F, Mallaret MR (2013) Le comité de retour d'expérience (CREX): une méthode pour l'amélioration de la sécurité des soins. Rev Epidemiol Sante Publique 61: 115-161.

14. Vuattoux P, Magnin C (2009) Une fédération régionale des maisons de santé: regards sur l'expérience franc-comtoise. *Santé Publique* 21 Suppl 4: S73-S78.
15. (2011) Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Dans: *Code de Santé Publique*. JORF 185: 13754.
16. Vaysette P (2014) Maisons de santé: croissance et développements. *Réseaux, Santé & Territoire* 54: 10-11.
17. Vaysette P (2014) Chantiers 2014 de la Fédération des maisons et pôles de santé. *Réseaux, Santé & Territoire* 54: 14-15.
18. Sorra J, Franklin M, Streagle S (2008) *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ Publication 71p.
19. Debouck F, Riger E, Petit H, Noël G, Ravinet L (2012) Méthode Orion: analyse systémique simple et efficace des événements cliniques et des précurseurs survenant en pratique médicale hospitalière. *Cancer Radiother* 16: 201-208.
20. Letrilliart L, Moreau A, Dedianne MC, Le Goaziou MF (2004) S'approprier la méthode du focus group. *Rev Prat* 645: 382-384.
21. Moreau A, Dedianne MC, Labarere J, Terra JL (2004) Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. *Rev Prat* 674-5: 1495-1498.
22. Dedianne MC, Hauzanneau P, Labarere J, Moreau A (2003) Relation médecin-malade en soins primaires: qu'attendent les patients ? Investigation par la méthode *focus groups*. *Rev Prat* 612: 653-656.
23. De Haas P (2010) Monter et faire vivre une maison de santé. *Le coudrier collection partage d'expérience* 173p.
24. (2009) Article 51 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Dans: *Code de santé publique*. JORF 167: 12184-12272.
25. (2014) Retour sur les journées FFMPS à Tours: Gestion des événements indésirables associés aux soins primaires. <http://www.femasac.fr/femasac/actualites/115-retour-journees-ffmps-2014.html> Consulté le 2 mai 2014.

Annexe 1 : Glossaire

CREX : Le **Comité de Retour d'expérience** est une méthode de gestion des risques *a posteriori* portant sur la sécurité des soins destinée à une équipe de soins. Cette méthode est issue de l'aéronautique. L'objectif du CREX est de gérer les événements indésirables associés aux soins (EIAS) par les professionnels de santé. La périodicité du CREX est définie par l'équipe de soins pour examiner les signalements des EIAS. Un référent est désigné par le CREX. Celui-ci se charge d'analyser l'EIAS choisi par le CREX. L'investigation de l'EIAS est réalisée à l'aide d'une méthode d'analyse systémique appelé la « Méthode Orion[®] » (cf. Annexe 4). Le référent rapporte alors les faits ainsi que les causes de survenus de l'EIAS pendant le CREX. Les professionnels de santé décident ensemble des actions corrections à mener suggérés par le référent de l'analyse afin d'amélioration la qualité et la sécurité des soins pour le patient. Après leur décision, ils suivent et évaluent la mise en place de ces actions correctrices.

Le CREX se déroule en 3 étapes :

- 1) Restitution de l'analyse d'un EIAS et choix d'une ou plusieurs actions correctrices à mettre en place
- 2) Suivi des actions correctrices décidées aux précédents CREX
- 3) Choix d'un nouvel EIAS à analyser pour la prochaine réunion et désignation d'un référent

RMM : La **Revue de Morbidité-Mortalité** est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient. Le but des RMM est la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge d'un patient et la sécurité des soins.

La RMM se déroule en 4 étapes :

- 1) Décrire les pratiques et les processus de soins réalisés
- 2) Identifier les problèmes rencontrés lors de la prise en charge et de les analyser afin de trouver les causes
- 3) Proposer des actions d'amélioration
- 4) Suivre et Evaluer les actions entreprises

Ces 2 méthodes permettent de renforcer la qualité et la sécurité des soins, sans porter de jugement sur les personnes, ni rechercher un coupable ou un responsable.

Annexe 2 : Implantation des maisons de santé en Franche-Comté

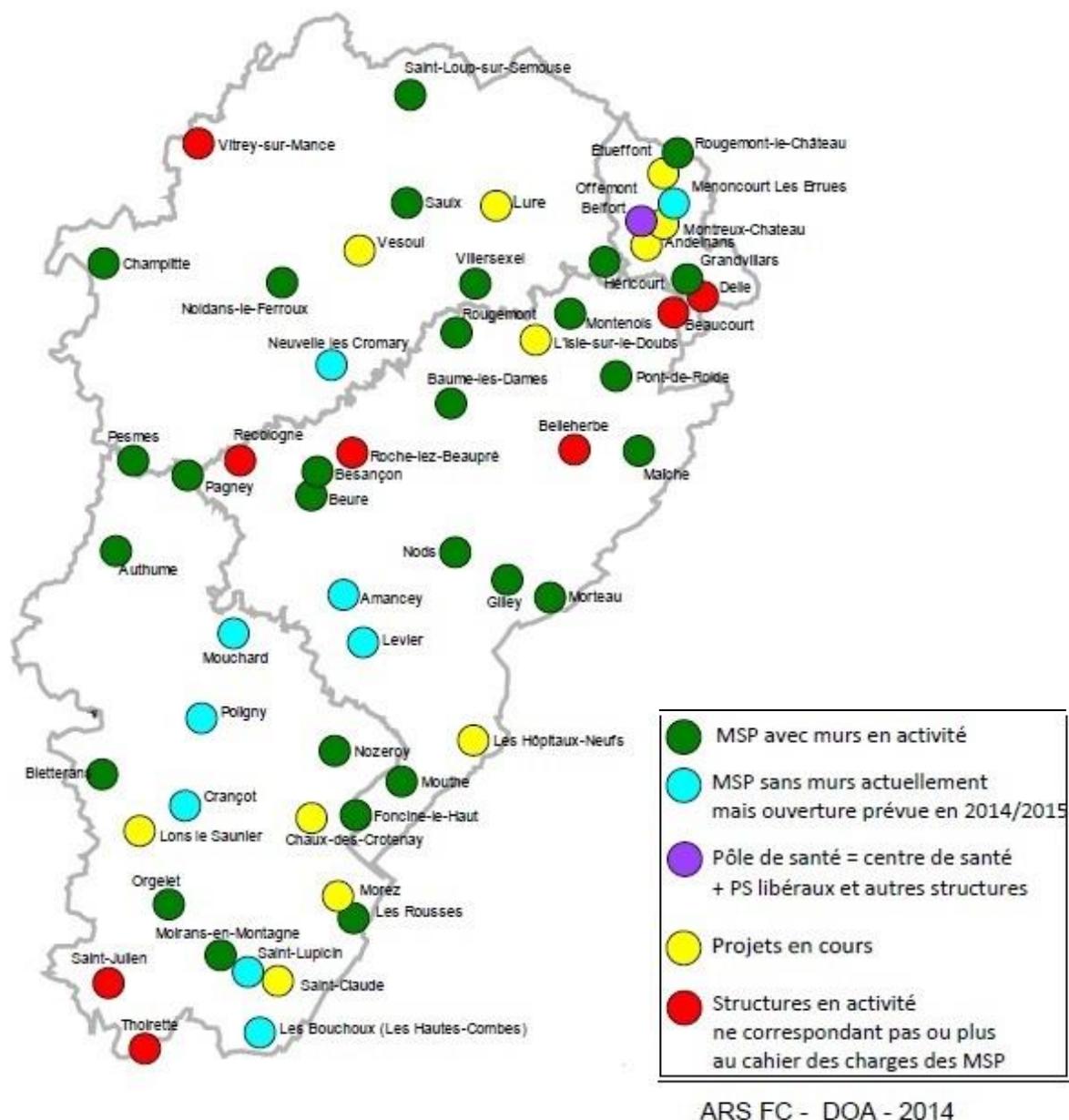


Figure 6 : Carte géographique représentant la localisation de toutes les maisons de santé pluriprofessionnelles.

Annexe 3 : Tableau d'analyse d'un événement indésirable associé aux soins

	Chronologie des faits			Identification des écarts / à des consignes, des bonnes pratiques, des procédures	Identification des facteurs contributifs et influents				Proposition d'actions correctrices	Choix de l'action		
	Date	Heure	Les faits		C o c h e r	Lesquels	Technique	Environnement			Humain	Organisation et procédure
							équipement absent ou défectueux, défaut de formation ou d'entraînement des professionnels au matériel...	locaux inadaptés, conditions de travail inadéquates (interruptions de tâches, horaires...), charge de travail...			état des intervenants (stress, fatigue, maladie...), processus de prise de décision, synergie d'équipe, vigilance collective, information donnée au patient ou à son entourage	défaut de communication interne, mauvaise définition des responsabilités et des tâches, défaut d'accessibilité de l'information en temps voulu, retard dans la prestation d'exams, protocoles ou procédures inexistantes ou insuffisamment diffusés...)
AVANT (contexte de survenue)												
PENDANT (déroulement de l'EIAS)												
APRES (gestion de l'événement et retour à une situation normale)												



Résumé de la Méthode Orion®¹

Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) vont pouvoir améliorer la qualité et la sécurité des soins dispensés en organisant des Comités de Retour d'Expériences (CREX), où seront étudiés des événements indésirables survenus auprès des patients. La méthode retenue est la méthode Orion®. Au sein d'une MSP, les professionnels appartenant au CREX se portent volontaires à tour de rôle pour mener l'enquête sur un événement indésirable, en faire l'analyse qui sera présentée lors de la réunion CREX suivante. Le professionnel volontaire s'appuie sur la chronologie des faits pour en faire l'analyse sans interprétation ni jugement. Un tableau Excel est mis à disposition pour effectuer cette démarche avec méthode. Il permet de décrire la chronologie de l'évènement, d'identifier les dysfonctionnements et les causes profondes, de lister les actions correctives possibles permettant d'améliorer le système dans son ensemble. Une (ou deux) de ces actions correctives sera choisie à la réunion CREX pour être mise en œuvre.

Les **6 étapes** de la démarche à suivre sont :

1. Collecter les données (donnée = indication exacte de ce qui s'est passé)

Recueillir toutes les informations sur l'évènement, son contexte et sa gestion (sur les plans : technique, organisationnel, environnemental et humain) afin de reconstituer le scénario de l'évènement. Tous les professionnels impliqués dans l'évènement doivent être interrogés sur ce qui s'est passé et sur ce qui aurait du se passer. La collecte des données peut se réaliser de 3 façons différentes :

- par entretien individuel
- en organisant un débriefing collectif
- en sollicitant une déclaration écrite de chaque professionnel concerné.

Celle-ci doit se préparer à partir de documents tels que : référentiels, réglementation, bonnes pratiques, dossiers, plannings, consignes, protocoles... afin de pouvoir comparer ce qui s'est passé et ce qui doit se passer.

2. Reconstituer la chronologie de l'évènement

Classer les données collectées selon leur apparition dans le temps (date, heure) et ceci organisé en trois parties : Avant, Pendant et Après l'évènement indésirable.

3. Identifier les écarts

Comparer les données (ce qui s'est passé) aux documents (ce qui doit se passer) afin de permettre de déceler des écarts par rapport à la réglementation, à des recommandations de bonnes pratiques ou au référentiel, à un protocole ou une consigne écrite, en lien avec l'évènement identifié, définis au sein de la MSP.

4. Identifier les facteurs contributifs et les facteurs influents

Identifier les causes et leurs effets. Essayer de répondre aux questions suivantes : Pourquoi cet événement s'est produit ? Qu'est ce qui a mené à cet événement ? Quels sont les facteurs de risques ?

Ces facteurs peuvent être classés en 4 grandes familles :

- **Domaine technique** (équipements ou fournitures absents, inadaptés ou défectueux, produits de santé indisponibles ou inappropriés, problèmes informatiques, équipement, logiciels, défaut de formation ou d'entraînement des professionnels au matériel)
- **Environnement de travail** (environnement de travail et locaux inadaptés, contexte et pression sociale, conditions de travail inadéquates, charge de travail, interruptions de tâches, demandes imprévues, bruit..., défaut de culture de sécurité, difficultés avec les partenaires extérieurs, contexte institutionnel...)
- **Organisation et procédures** (défaut d'organisation de la communication entre professionnels, ou avec les patients, défaut d'accessibilité de l'information en temps voulu, mauvaise définition des responsabilités et des tâches, protocoles ou procédures inexistantes, ou inapplicables ou insuffisamment diffusés, retard dans la prestation d'examen, ...)
- **Facteurs humains** (facteurs liés au professionnel - à l'équipe - au patient, état de stress - fatigue - santé au travail, dysfonctionnement de la synergie d'équipe, mauvaise qualité des échanges d'information dans l'équipe ou avec les patients, répartition des rôles inadéquate, défaut de supervision, défaut de compétences - connaissances et savoir-faire, expérience, non respect des consignes...).

5. Proposer les actions à mettre en œuvre

Proposer une action corrective pour chaque facteur. Cela permettra, au cours de la réunion du CREX, le choix collectif de l'action (ou des deux actions) corrective à mettre en place en tenant compte de sa pertinence (pérennité, acceptabilité en interne et externe, portée et durée de mise en œuvre).

6. Rédiger synthétiquement le rapport d'analyse : cf tableau proposé

Renseigner le tableau Excel lors de la réunion du CREX. Le nom des personnes ne doit pas être mentionné dans le rapport.

1 Debouck F, Rieger E, Petit H, Noël G, Ravinet L. Méthode Orion: analyse systémique simple et efficace des événements cliniques et des précurseurs survenant en pratique médicale hospitalière. Cancer Radiother. 2012;16(3):201-8.

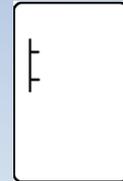
Annexe 5 : Tableau de suivi des actions correctrices

Suivi des actions correctrices - Maison de Santé Site 2												
Date	CREX n°	Libellé de l'EIAS	Personne en charge de l'analyse	ACTION n°	Descriptif de l'action correctrice choisi	Référent	Échéance	Point lors des prochains CREX : où en est-t-on ?	Transmission aux autres professionnels	Suivi des actions	L'action a-t-elle été efficace ?	Si non, que décide-t-on ?
24/01/2014	CREX 1	Gestion des stocks et de la conservation des produits pharmaceutiques conservés au froid	EM	1	Suivi du réfrigérateur	EM	11/04/2014	en cours	OUI	Bon suivi et bon relevé des températures par les secrétaires, Remplir plus de bouteilles d'eau	OUI	
				2	Boîte spécifique pour les infirmières au niveau du secrétariat		11/04/2014	clos	OUI	La procédure fonctionne bien, faire attention aux échanges de vaccins	OUI	
11/04/2014	CREX 2	Manque d'information et de communication interprofessionnels sur les résultats de biologie	EPP	3	Appeler le laboratoire rue GAMBETTA et TERRE ROUGE car tous les laboratoires ont fusionnés, connaître la procédure et les termes d'urgences qu'ils utilisent	ATT	04/07/2014	en cours				
				4	Etablir un protocole pour répartir les tâches entre les différents professionnels quand un PS part en vacances (travail en binome, voir quadrinome)	EM	04/07/2014	en cours				
04/07/2014	CREX 3	Manque d'antibiotiques dans la pharmacie des médecins de la MSP pour une urgence vitale	EPP	5								
				6								
				7								
	CREX 4			8								
				9								

Annexe 6 : Exemples de fiche de consigne

Recommandations générales sur la conservation des produits pharmaceutiques au froid

- Certains produits pharmaceutiques doivent être conservés au réfrigérateur à une **Température comprise entre +2°C et +8°C**.
- Le respect de la chaîne du froid conditionne la qualité de l'effet thérapeutique et de la protection vaccinale.
- Le réfrigérateur doit être muni d'un thermomètre.
- La porte doit être ouverte le moins souvent et le moins longtemps possible.
- La bonne fermeture de la porte doit être surveillée.
- Les produits pharmaceutiques doivent être disposés sur le milieu des clayettes (et non dans la porte du réfrigérateur où la température est plus élevée) et hors de tout contact direct avec la glace ou le fond du réfrigérateur (élément réfrigérant).
- Le réfrigérateur stockant les produits pharmaceutiques doit être réservé uniquement à cet usage (pas de boissons ni nourriture...).



Consignes générales pour le suivi des produits pharmaceutiques au froid



Contrôler **tous les matins** la température interne du réfrigérateur et la sur la fiche d'enregistrement affichée sur le réfrigérateur.

Vérifier **tous les 3 mois** la date de péremption des produits pharmaceutiques contenus à l'intérieur du réfrigérateur et remplir la fiche de suivi.

Nettoyer entièrement et complètement **tous les 6 mois** le réfrigérateur avec un produit désinfectant (Tenorbact) et remplir la fiche de maintenance affichée sur le côté du réfrigérateur.

Panne du réfrigérateur

Précaution avant une panne

Des bouteilles d'eau sont remplies dans les parties inutilisées du réfrigérateur (clayettes du haut et du bas, bac à légumes) afin de disposer d'une « réserve de froid ». Une température aussi constante que possible peut être maintenue en cas de panne.

En cas de panne

- Ne pas ouvrir la porte de réfrigérateur pour conserver une température constante à l'intérieur du réfrigérateur (< 4 à 6 heures).
- Transférer les produits pharmaceutiques dans une glacière, une boîte isotherme ou un autre réfrigérateur (> 6 heures).

Si la température n'est pas comprise entre +2°C et +8°C

- Ne pas sortir les produits pharmaceutiques du réfrigérateur.
- Vérifier si le thermomètre fonctionne correctement.
- Vérifier les recommandations de la conservation des produits pharmaceutiques dans la liste (annexe du protocole réfrigérateur).



Dans tous les cas : Appeler un pharmacien qui vous renseignera sur les durées de conservation et la conduite à suivre pour les produits pharmaceutiques.

Objectif principal : Eliminer les organismes pathogènes et éviter leur transmission par ce matériel à d'autres malades, aux membres du personnel ou à l'environnement.

QUI ?



ATTENTION



Ne plus utiliser de speculum en acier (sauf exception).
Ne plus utiliser d'hystéromètre et anoscope en acier.



Utiliser systématiquement du matériel à usage unique avant le symbole ci-dessus sur l'emballage.

Consignes générales pour le nettoyage et la désinfection des dispositifs médicaux (DM)

Etape 1 : Pré-désinfection et Nettoyage

Comment procéder ?

- Mettre dans un lavabo un récipient contenant de l'aniosyme DD1 (une dose de 5 ml pour 1 litre d'eau).
- Attendre 5 min minimum (Temps de trempage conseillé)
- Brosser si besoin à l'aide d'une brosse en nylon.
- Rincer abondamment à l'eau du robinet
- Sécher avec des serviettes en papier propre



Etape 2 : Désinfection et Stérilisation

Comment procéder ?

- Mettre du Stéranios 2 % sur les instruments dans le bac
- Couvrir le bac
- Laisser 1h (temps de contact)
- Rincer abondamment à l'eau claire du robinet
- Essuyer avec du papier propre
- Conserver les instruments médicaux le plus aseptiquement possible :
 - Dans une boîte métallique → instruments de petite chirurgie mis dans un sachet fermé (une boîte /bureau)
 - Dans une boîte de speculum → matériel gynéco mis en sachet (ciseaux, pinces,...)



Il n'est plus utile de passer le matériel en autoclave

Annexe 7 : Grille d'évaluation du premier temps d'échanges de pratiques



Temps d'échanges de pratiques « GEAIS »

26 septembre 2013 - Evaluation

➤ Pour chacun des items, comment qualifiez-vous votre degré de satisfaction ?

	Tout à fait satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Pertinence de la formation pour votre projet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualité des interventions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rythme et progression de la formation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Echanges, débats	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outils remis / présentés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

➤ Cette rencontre " projet GEAIS" a-t-elle répondu à vos attentes ?

Oui, tout à fait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Non, pas du tout
------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	------------------

➤ Quel(s) aspect(s) de ce temps d'échange de pratiques vous a(ont) laissé l'impression la plus favorable ?

➤ Quel(s) aspect(s) de ce temps d'échange de pratiques vous a(ont) laissé l'impression la moins favorable ?

➤ Vos remarques, vos commentaires, vos suggestions...

L'équipe de la FéMaSaC vous remercie de votre participation !

Annexe 8 : Questionnaire de satisfaction

Questionnaire de satisfaction

Merci de compléter ce questionnaire le plus sincèrement possible en cochant les cases qui vous semblent le plus appropriées. Les données de ce questionnaire serviront pour le mémoire de Marine PUNKOW.

I – Mesure de la satisfaction du projet « Gestion des Evénements Indésirables Associés aux Soins »

Comment qualifiez-vous votre degré de satisfaction générale au niveau de :

	Tout à fait satisfait 	Satisfait 	Peu satisfait 	Pas du tout satisfait 	Non concerné
Méthodologie proposée					
<i>Accompagnement sur site</i>					
Sensibilisation aux EIAS					
Formation à l'analyse des EIAS : Méthode Orion®					
Aide à la préparation du CREX (Chronologie des faits, Facteurs contributifs...)					
<i>Accompagnement à distance</i>					
Actions correctrices : création d'outils (Protocoles, Fiches de consignes...)					
Recherches bibliographiques (Recommandations de bonnes pratiques, lois, décrets...)					
Contacts de personnes ou experts ressources					
<i>Temps d'échanges de pratiques</i>					
Valorisation de votre expérience					
Maintien à la dynamique engagée					
Outils mis à disposition					
Fiche de synthèse Méthode Orion®					
Tableau Excel d'analyse des EIAS					
Fiche de signalement des EIAS					
Trame de compte-rendu du CREX					
Tableau Excel de suivi des actions correctrices					
Personnel dédié à la GEIAS					
Compétences complémentaires à celle disponibles dans votre MSP					
Disponibilité					
Qualité et Pertinence de l'aide apportée					
Rapport Coût / Plus-value pour votre structure					

II- Proposition du projet « Gestion des Evénements Indésirables Associés aux Soins »

- Pensez- vous que la création d'une boîte à outils commune soit nécessaire ?
 - Oui
 - Non
 - Peut-être
 - ne sait pas

III- Bilan du projet « Gestion des Evénements Indésirables Associés aux Soins »

- Parmi les items suivants, indiquez le degré de nécessité pour mettre en place une gestion des risques dans votre MSP ?

	Tout à fait nécessaire	Nécessaire	Peu nécessaire	Pas du tout nécessaire	Non concerné
Sensibilisation aux EIAS					
Formation à l'analyse des EIAS					
Mesure de la culture de sécurité des soins					
Accompagnement					
Personnel dédié					
Temps d'échanges de pratiques					

- Quel(s) aspect(s) de ce projet « GEIAS » vous a(ont) laissé l'impression la plus favorable ?
- Quel(s) aspect(s) de ce projet « GEIAS » vous a(ont) laissé l'impression la moins favorable ?
- Quels sont les leviers et les freins pour la poursuite du projet « GEIAS » au sein de votre MSP ?

Levier(s)	Frein(s)

Commentaires ou remarques :

RESUME

Si la gestion des événements indésirables associés aux soins (GEIAS) prend naissance à l'hôpital, le lien avec l'ambulatoire a été démontré au travers des études ENEIS et renforcé par EVISA.

Aussi, pour développer cette thématique en médecine de ville, et plus particulièrement en maisons et centres de santé, une méthodologie par étapes a été testée au sein de 6 sites de Franche-Comté.

L'objectif de créer des conditions favorables à la GEIAS est illustré par les enquêtes de satisfaction menées auprès des professionnels de santé participants.

Ainsi, il est montré que l'action conjuguée de partenaires, des temps de formation, un accompagnement personnalisé sur site, la présence d'un personnel dédié, la désignation d'un référent, l'organisation de temps d'échanges inter-équipes, contribuent à asseoir une dynamique de GEIAS.

Certaines limites apparaissent néanmoins telles que la difficulté d'appropriation d'outils de management de la GEIAS ou la disponibilité des professionnels de l'ambulatoire. La durée d'expérimentation courte et l'utilisation de la seule technique de CREX sont également des freins.

Par ailleurs, l'évaluation de la compréhension d'une première traduction d'un questionnaire américain de mesure de culture de sécurité des soins réinterroge les notions d'équipe ou de structure de soins primaires, qui restent floues pour les professionnels.

Les conclusions de ce travail amènent la FéMaSaC, et ses partenaires, à réfléchir sur les moyens de poursuivre la dynamique engagée.

ABSTRACT

Even if the management of adverse events in health care appears in hospital, the link with primary care was proved with the ENEIS's studies and reinforced by EVISA.

A step-by-step methodology was tested to develop the theme of ambulatory medical care in six places in Franche-Comté, more especially in health houses and centers.

The objective to create positive conditions to these cares is spread by health professionals' answers to different surveys.

Thus, thanks to collaboration of several administrative partners, creation of training time, personalized support and staff, nomination of a person in charge, communication between team-workers, the management of adverse events in health care is possible.

However some barriers are visible such as the difficulty to work with unavailable professionals and to use tools without any explanations. The short period of testing and the only use of the CREX's method slow the management down.

Furthermore the answers to the first translation of the American survey called "Medical Office Survey on Patient Safety Culture" raises once again the problems of the collaboration between professionals who work usually alone and the real definition of a health house and center.

The conclusions of this work lead the FéMaSaC and its administrative partners to think about the way to increase the improvement of the management of adverse events in health care.