Démarche qualité en maison de santé pluriprofessionnelle : recueil et analyse des EIAS

Caroline Champagne

▶ **To cite this version:**

Caroline Champagne. Démarche qualité en maison de santé pluriprofessionnelle : recueil et analyse des EIAS. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932169

HAL Id: hal-01932169
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932169

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2017

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

par

Caroline CHAMPAGNE

le 14 décembre 2017

Démarche qualité en maison de santé pluriprofessionnelle : recueil et analyse des EIAS.

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO	Président du jury
M. le Professeur Christian RABAUD	Juge
Mme le Docteur Nelly AGRINIER	Juge
Mr le Docteur Jean-Charles VAUTHIER	Juge et Directeur

10 novembre 2017

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :
Premier cycle : Pr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

==========

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE Bernard FOLIGUET Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ -Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD - Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ
2ème sous-section : ***(Histologie, embryologie et cytogénétique)***
Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur François MARCHAL
4ème sous-section : ***(Nutrition)***
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : ***(Parasitologie et Mycologie)***
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***
Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER
3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4ème sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie-réanimation)***
Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN
2ème sous-section : ***(Réanimation)***
Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; addictologie)***
Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***
Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT
2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***
Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN
3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***
Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***
Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***
Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : ***(Cardiologie)***
Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***
Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : ***(Néphrologie)***
Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN
4ème sous-section : ***(Urologie)***
Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)***

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3ème sous-section : ***(Médecine générale)***

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeure Muriel BRIX

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

==========

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON

2ème sous-section : ***(Histologie, embryologie et cytogénétique)***

Docteure Chantal KOHLER

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***

Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***

Docteure Isabelle THAON

3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2ème sous-section : ***(Réanimation ; Médecine d'urgence)***

Docteur Antoine KIMMOUN

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)***

Docteur Nicolas GIRERD

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Docteure Anne-Christine RAT

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***

Docteur Fabrice VANHUYSE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
2ème sous-section : (Chirurgie générale)
Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)
3ème sous-section : *(Médecine générale)*
Docteure Elisabeth STEYER

54ème Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)*
Docteure Isabelle KOSCINSKI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-Rhino-Laryngologie)*
Docteur Patrice GALLET

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

7ème Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES
Madame Christine DA SILVA-GENEST

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

==========
DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A mon Président du jury de thèse

<u>Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO</u>

Professeur des Universités de médecine générale

Médecin généraliste

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse,

Pour la qualité de vos enseignements,

Pour votre disponibilité malgré votre emploi du temps chargé,

Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mon juge

<u>Monsieur le Professeur Christian RABAUD</u>

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier

Chef du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHRU de Nancy Brabois

Responsable du Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Associées aux Soins du Grand Est (CCLIN Est)

Membre de la Commission spécialisée système de santé et sécurité des patients du HCSP

Pour l'honneur que vous me faites de prendre part à ce jury, merci de l'intérêt que vous portez à ce travail.

Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A ma juge

Madame le Docteur Nelly AGRINIER

Maître de Conférences des Universités

Médecin spécialisé en santé publique et médecine sociale au CHRU de Nancy

Pour l'honneur que vous me faites de prendre part à ce jury, merci de l'intérêt que vous portez à ce travail.

Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mon juge et directeur de thèse

<u>Monsieur le Docteur Jean-Charles VAUTHIER</u>

Médecin généraliste

Médecin du sport

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse,

Pour l'éternel optimisme dont tu fais preuve en toute circonstance,

Tes enseignements lors de mon internat puis de mes remplacements et enfin lors de ce travail de thèse sont un bagage précieux, qui me guidera tout au long de ma vie professionnelle.

Merci de me donner l'envie d'exercer mon métier comme tu le fais.

Trouve ici le témoignage de ma reconnaissance et de ma sincère amitié.

Aux médecins et professionnels paramédicaux lorrains qui ont bien voulu accepter de participer à ce travail.

A Mr Marc CHARVIN,

Pour l'aide précieuse que vous m'avez apportée dans l'élaboration du programme Excel®.

A tous les membres du personnel médical et paramédical que j'ai pu rencontrer pendant mes stages hospitaliers d'interne aux urgences d'Epinal, en médecine B à Neufchâteau, en pédiatrie et cardiologie à Remiremont, et à l'UHSI de Brabois à Nancy.

A mes maîtres de stage en médecine libérale, et tous les médecins que je peux croiser lors de mes remplacements.

A mes parents,

Merci de m'avoir permis d'effectuer si confortablement ces longues années d'étude.

Et merci pour tout le reste, tout simplement.

Recevez ici l'expression de ma reconnaissance et de mon amour.

A ma petite sœur Julia,

Pour la beauté du lien qui nous unit, tu pourras toujours compter sur moi.

… et à son conjoint Pierre, merci de la rendre heureuse !

A mes grands-parents,

Pour m'avoir transmis les valeurs du travail, du courage et de la simplicité. Vous aviez une grande force de caractère, j'espère que, de là où vous êtes, vous êtes fiers de moi.

A ma famille, les parrain et marraine, oncles et tantes, cousins et cousines,

Pour les bons moments passés tous ensemble lors des rassemblements familiaux !

A Tata Thérèse et Tonton Serge,

Pour avoir contribué à faire de mon enfance une période pleine de soleil du sud de l'Italie et de « buona pasta » !

A mes amis,

De toujours : Lucie & Aloïs, Basile, et …?

Du lycée : Zoé, Alex, Nath, Clémence et les autres… loin des yeux ne signifie pas loin du cœur…

De Dijon : Steph (et nos 400 coups !), Annabelle & Greg, Laurie & Yannick, Jean-Charles & Marie, Jo & Raph. Pour tous les bons moments partagés jusqu'ici, et pour la suite ! Et pour les médecins, ça y est on y est arrivés, on est tous DOCTEURS !

De « la colonie de vacances » de Remiremont : Charlie, Clem, Julie, Laura, Lucie-Marie, Mathilde, Maud, Max, Vincent et leurs petites familles. Aux barres de rire pendant les longues pauses récréatives le midi à l'internat !

Et à tous les autres…

A Joris,

Merci pour ta présence, ton soutien, tes conseils et pour l'assistance « mise en page » !

Aux bons moments partagés et restant à partager…

A ceux que j'ai pu oublier, et qui auront la curiosité de lire ces pages.

A vous tous,

De tout cœur, un grand Merci.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS 2

SERMENT D'HIPPOCRATE 16

TABLE DES MATIERES 17

ABREVIATIONS 20

INTRODUCTION 21

MATERIELS ET METHODE 24

I. Objectif de l'étude 25

II. Description du travail 25

III. Critères d'inclusion des EIAS 25

IV. Lieux de l'étude et nombre de participants 26

V. Elaboration de la méthodologie 27

1. Recherche bibliographique 27

2. Choix de la classification des causes possibles des EIAS 27

3. Description de l'outil informatisé 27

4. Elaboration du questionnaire 29

5. Méthode et outils d'analyse 30

a. Pour le schéma général de l'étude 30

b. Pour l'analyse des EIAS 31

VI. Déroulement de l'étude : 31

1. Réunion « aller » 31

2. Recueil des données 32

3. Réunion « retour » 32

VII. Analyse des résultats : 33

RESULTATS 34

I. Déroulement général de l'étude 35

1. Réunion « aller » 35

2. Réunion « retour » : 35

II. Résultats du recueil des EIAS par MSP : 36

1. A Dommartin-lès-Remiremont 36
2. A Revigny-sur-Ornain 37
3. A Rémilly 37
III. Analyse des EIAS sur le mode des RMM : 38
IV. Résultats du questionnaire : 39
1. Profession des répondants 39
2. Pertinence de l'étude 39
3. Programme Excel® 40
4. Mise en évidence de pistes d'amélioration des pratiques 41
5. Intérêts perçus de la démarche qualité 41
6. Principaux obstacles rencontrés 42
7. Poursuite de la démarche qualité à l'avenir 42
DISCUSSION 44
I. Sur la méthodologie 45
1. Points forts 45
a. Concernant le sujet de l'étude 45
b. Concernant l'objectif de l'étude 45
c. Concernant l'acceptabilité de l'étude 45
2. Limites 46
a. Le biais de sélection des lieux de l'étude 46
b. Le biais de confidentialité 46
c. Le programme Excel® : simple d'utilisation mais non universel 46
d. La réponse au questionnaire 47
e. La grille CADYA complexe 47
II. Sur les résultats 47
1. Sur les EIAS recueillis 47
a. Le biais de sélection des EIAS et de leur cause principale 47
b. Une sous-déclaration des EIAS 48
2. Sur les intérêts et obstacles de l'étude 49

3. Un travail possible mais ponctuellement 49
III. Sur la faisabilité d'une telle démarche qualité en soins primaires 50
1. Une modification culturelle majeure 50
2. Synthèse et réflexion sur les perspectives d'extension à d'autres MSP 51
CONCLUSION 53
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 55
ANNEXES 58
1. Annexe 1 : Grille CADYA 59
2. Annexe 2 : Formulaire papier de déclaration des EIAS 61
3. Annexe 3 : Exemples d'EIAS issus du corpus de cas de l'étude Esprit pour illustrer chaque item de la grille CADYA (14). 64
4. Annexe 4 : Formulaire simplifié 65
5. Annexe 5 : Questionnaire d'évaluation 66
6. Annexe 6 : Le Swiss Cheese Model de J. REASON 68
RÉSUMÉ DE LA THÈSE 69

ABRÉVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CISP : Classification Internationale pour la Sécurité des Patients

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DPC : Développement Professionnel Continu

EIAS : Evénement Indésirable Associé aux Soins

ESPRIT : Etude épidémiologique en soins pimaires sur les événements indésirables associés aux soins en France

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MMSP : Matrice de Maturité en Soins Primaires

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNSP : Programme National pour la Sécurité des Patients

RMM : Revue de Morbi-Mortalité

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

Introduction

« L'homme sage apprend de ses erreurs, l'homme plus sage encore apprend des erreurs des autres. »

Confucius

Tout professionnel de santé constate rapidement au cours de sa formation ou de son activité que soigner peut être dangereux et que l'erreur ne peut être exclue de l'activité humaine. Or la prise en compte de l'erreur et son analyse sont très récentes en médecine, et font encore l'objet de réticences de la part des soignants.

Avant 2006, il existait dans la littérature pas moins de 25 définitions différentes des Evènements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) (1) . L'OMS propose en 2006 une définition qui sera revue en 2013 par la Haute Autorité de Santé (HAS) lors de l'étude ESPRIT (2).

Elle définit un EIAS comme « un événement ou une circonstance associé aux soins qui aurait pu entrainer ou a entrainé une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se produise pas de nouveau ». Cet évènement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Il est qualifié de grave s'il est susceptible d'entrainer une hospitalisation, une prolongation d'hospitalisation, un handicap ou une incapacité ou s'il est associé à un décès (3).

L'étude nationale française ESPRIT réalisée en 2013 avait pour but d'estimer la fréquence des EIAS en médecine générale ainsi que d'en décrire la typologie et d'identifier les EIAS évitables. D'après son rapport final, les EIAS en médecine ambulatoire sont fréquents (estimés à 26 pour 1000 actes) et souvent évitables (22 pour 1000 actes). Ils sont le plus souvent en rapport avec un problème d'organisation du cabinet (42%) ou du parcours de soins (21%) (4).

La formation des professionnels de santé aux notions de qualité et sécurité des soins, bien qu'aujourd'hui de plus en plus présente, semble encore largement insuffisante. Son développement est un objectif fort du Ministère de la Santé à travers le Programme National pour la Sécurité des Patients 2013-2017 (PNSP) (5).

Selon le PNSP, « les méthodes de gestion des risques associés aux soins doivent privilégier le retour d'expérience qu'autorise le signalement des évènements indésirables ou des presque accidents et permettre leur analyse selon une approche systémique, dans le cadre d'une coordination entre les différents professionnels. » L'effort de maitrise des risques doit être intégré dans l'activité quotidienne des professionnels, et devenir un enjeu collectif pour les équipes (Axe 2 du PNSP).

Le travail en équipe est également valorisé par le règlement arbitral qui permet aux professionnels de santé des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) de percevoir une

rémunération spécifique après validation des projets par l'ARS et la CPAM. Il implique une concertation des équipes sur les cas complexes et la mise en place de protocoles pluriprofessionnels (6).

De manière générale, plutôt que des statistiques, on attend d'abord des systèmes de signalement d'erreurs qu'ils offrent un retour d'expérience utilisable en pratique (7).

Depuis 2002, la loi a rendu obligatoire la déclaration par les professionnels de santé de tous les évènements indésirables graves à leur Agence Régionale de Santé (ARS) (8). Le décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 donne un appui méthodologique pour les professionnels de santé, qui peuvent bénéficier de l'expertise des structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients (9). Ce décret d'application aura mis 14 ans pour être promulgué, ce qui reflète bien la difficulté à faire bouger les choses en matière de sécurité des soins !

Cependant l'analyse des EIAS non graves apporte également un certain nombre d'informations sur des dysfonctionnements qui ne doivent pas être négligés.

C'est à partir de ces constatations que nous nous sommes interrogés sur la possibilité d'intégrer un travail de recueil et d'analyse des EIAS « dans la vraie vie » au cours de l'activité ambulatoire.

La mise en place d'une démarche qualité s'appuyant sur l'analyse des EIAS en maison de santé pluriprofessionnelle est-elle réalisable en pratique, avec tout ce que cela implique de remise en question personnelle, de problèmes d'ordre organisationnel et logistique, d'intégration à un planning déjà bien chargé… ?

MATÉRIELS ET MÉTHODE

I. OBJECTIF DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de notre travail était d'élaborer et mettre en place une démarche qualité basée sur l'analyse des EIAS, au sein de 3 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) lorraines, et d'en tester la faisabilité et l'acceptabilité par les professionnels de santé.

L'une des retombées possibles à priori de ce travail était de pouvoir proposer ensuite la démarche qualité sur les EIAS dans d'autres MSP ou Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

II. DESCRIPTION DU TRAVAIL

Nous avons mis en place une expérimentation permettant d'évaluer la faisabilité d'un recueil et d'une analyse des EIAS en médecine générale.

Il s'agissait de recueillir les causes principales des EIAS déclarés sur un programme informatique Excel® par les professionnels de santé de 3 MSP lorraines sur une période de 3 à 4 mois.

Dans un deuxième temps, à l'issue du recueil nous avons réuni les professionnels de santé de chaque MSP afin d'exposer les résultats, analyser 2 EIAS sur le mode des Revues de Morbi-Mortalité (RMM) (10) et essayer collectivement de trouver des pistes d'amélioration de la qualité des soins.

III. CRITÈRES D'INCLUSION DES EIAS

Pour le recueil des événements indésirables nous avons repris la définition des EIAS selon la HAS : « tout événement ou circonstance associé aux soins qui aurait pu entrainer ou a entrainé une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se produise pas de nouveau ».

Etait inclus tout EIAS survenant de manière interne ou externe à la MSP, aussi bien en consultation ou en visite, que ce soit au domicile des patients ou en EHPAD, ou lors des échanges téléphoniques.

Etaient exclus les effets indésirables médicamenteux.

IV. LIEUX DE L'ÉTUDE ET NOMBRE DE PARTICIPANTS

Il a été décidé de faire participer une MSP par département de l'ancienne région Lorraine. Nous avons contacté par mail puis par téléphone les membres des 4 MSP sélectionnées. Les membres de la MSP contactés en Meurthe et Moselle (54) n'ont pas souhaité participer, en raison d'une charge apparente de travail trop lourde.

L'étude s'est donc effectuée au sein de 3 MSP :

- La MSP de Dommartin-lès-Remiremont dans les Vosges (88)
- La MSP de Revigny-sur-Ornain dans la Meuse (55)
- La MSP de Rémilly en Moselle (57)

Aucune de ces MSP ne réalisait de travail de type recueil des EIAS ou RMM avant celui-ci. Les groupes étaient constitués de novo.

A Dommartin-lès-Remiremont, les professionnels de la MSP se retrouvent 1 fois par semaine pour aborder les dossiers de patients complexes, avec l'établissement d'un compte-rendu écrit des cas discutés. A Revigny-sur-Ornain, les réunions ont lieux de manière bimensuelle avec également des fiches de compte-rendus. Les membres de la MSP de Rémilly se réunissent habituellement une fois par mois pour discuter de leurs patients communs.

Les groupes de travail étaient composés, par MSP :

- A Dommartin-lès-Remiremont : 4 médecins généralistes, 1 infirmière, 2 masseurs-kinésithérapeutes, 1 secrétaire médicale, 1 médecin remplaçant et la possibilité de déclaration par un interne de médecine générale.
- A Revigny-sur-Ornain : 3 médecins généralistes, 2 pharmaciens, 2 infirmiers, 1 SASPAS (médecin en formation), les 4 secrétaires médicales.
- A Rémilly : 4 médecins généralistes, 2 infirmiers, 1 pharmacien, 1 interne de médecine générale et 1 interne SASPAS.

Certains membres ne faisaient pas partie directement de la MSP ; ils nous a tout de même paru pertinent de les intégrer à notre étude au vu du sujet traité (interne de médecine générale, pharmacien).

V. ELABORATION DE LA MÉTHODOLOGIE

1. *Recherche bibliographique*

Ce travail a d'abord été réalisé afin de définir une méthodologie paraissant la plus adaptée possible au problème posé.

Mots clés : événement indésirable associé aux soins, médecine générale, soins ambulatoires, qualité des soins, sécurité du patient.

2. *Choix de la classification des causes possibles des EIAS*

L'OMS a mis en place en 2005 un groupe de travail pour l'élaboration d'une classification internationale pour la sécurité des patients (CISP) (11). Elle est publiée en 2009. Son usage est limité par le trop grand nombre d'items. D'autres classifications existent mais sont plutôt adaptées aux établissements de santé (grille ALARM) (12).

Trois classifications principales peuvent être utilisées de façon courante en soins primaires : la *Threats to Australian Patient Safety – TAPS taxonomy*, la méthode des *Tempos* ; la grille *CADYA*.

Notre choix s'est orienté vers la grille CADYA (13) (14) (catégorisation des dysfonctionnements en ambulatoire), qui permet de caractériser un EIAS par les dysfonctionnements sous-jacents, afin de mieux cibler les actions correctives à mettre en œuvre pour éviter leur répétition. Elle est organisée en 4 catégories principales divisées en différents sous-niveaux.

La grille CADYA est plus transversale et présente des items plus adaptés au travail pluriprofessionnel que nous souhaitons réaliser (15). C'est la classification la plus couramment utilisée pour ce type de travail.

La prise en main de la grille semblait également plus simple, les déclarants devant définir eux-mêmes la cause principale de l'EIAS, et non pas un expert comme cela a pu être le cas dans d'autres travaux.

3. *Description de l'outil informatisé*

Le support de l'étude est un formulaire réalisé à l'aide du logiciel Excel ®. Il retranscrit les items de la grille CADYA (Annexe 1).

Le choix s'est orienté vers ce logiciel par souci de simplicité d'élaboration et d'utilisation par les différents professionnels. L'aide d'un informaticien a permis la programmation du formulaire de saisie.

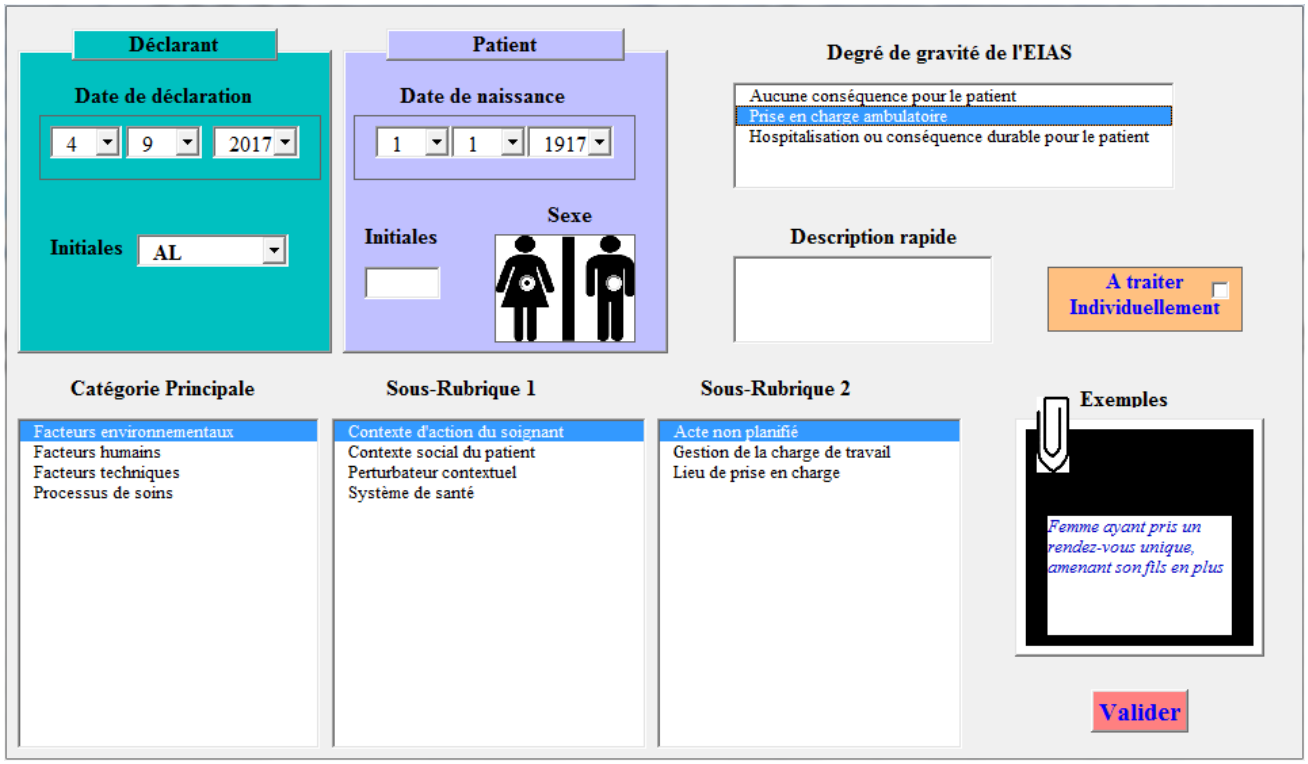
Ce programme a été installé sur les ordinateurs des différents déclarants des MSP.

Lors de l'ouverture du fichier Excel®, une feuille de calcul s'affiche de la façon suivante :

N° Ordre	Catégorie principale	Sous-niveau 1	Sous-niveau 2	Initiales Déclarant	Traité Individu-ellement	Date de déclaration	Initiales Patient	Date Naissance	Sexe	Degré de gravité	Description succinte
1	Facteurs environnementaux	Contexte d'action du soignant	Acte non planifié	DS		4-nov-16	RT	1933	H	Peu Grave	*sfqfqf*
2	Facteurs humains	Lié au patient	Confusion	JCV		4-oct-16	TY	1952	F	Moyenne	*aaaaaaaaaaa*

L'utilisateur clique alors sur l'icône

. Le formulaire de saisie ci-après s'affiche :



Le formulaire est divisé en différentes parties :

- La date de déclaration et les initiales du déclarant ;
- Les caractéristiques du patient (initiales, sexe et date de naissance) ;
- Le degré de gravité de l'EIAS : aucune conséquence clinique pour le patient, conséquence clinique gérée de manière ambulatoire, hospitalisation ou conséquence durable pour le patient (séquelle) ;
- Une description rapide de l'EIAS ;
- Une case facultative à cocher si le déclarant estime nécessaire que l'EIAS soit discuté en RMM ;

Pour la dernière partie du formulaire (Catégorie Principale, Sous-Rubriques 1 et 2), le clic sur les différents items permet l'affichage d'un exemple dans le cadre noir à la droite du tableau, permettant d'expliciter au mieux la signification de la ligne sélectionnée.

Le déclarant doit renseigner toutes les rubriques du formulaire avant de pouvoir valider. Une ligne supplémentaire s'affiche alors dans la feuille de calcul. Il suffit ensuite de sauvegarder et quitter.

Un formulaire « papier » a également été créé afin de pallier à d'éventuels problèmes techniques informatiques ou pour les personnes étant moins à l'aise avec l'utilisation du logiciel (Annexe 2). Il est accompagné d'un tableau répertoriant les exemples par catégorie et sous-catégorie des causes possibles d'EIAS (Annexe 3).

A la demande d'un médecin de la MSP de Revigny-sur-Ornain, un formulaire papier simplifié différent du premier a été élaboré à destination des secrétaires médicales. (Annexe 4).

4. Elaboration du questionnaire

Un questionnaire d'évaluation finale du travail a été proposé aux déclarants à l'issue de la deuxième réunion « retour » (Annexe 5).

Il explore les aspects suivants :

- Caractérisation de la profession du répondant ;
- Evaluation globale de l'étude ;
- Evaluation de l'utilisation du programme Excel® ;
- L(es) intérêt(s) présentés par l'étude ;
- L(es) obstacle(s) rencontré(s) ;

- L'avis du répondant sur la possibilité de poursuivre l'étude à l'avenir, et les raisons éventuelles en cas de réponse négative ;
- Un espace d'expression libre.

5. *Méthode et outils d'analyse*

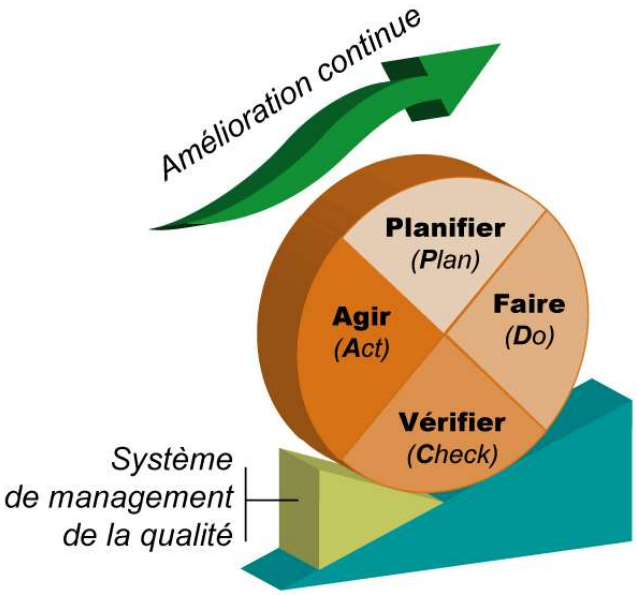
a. POUR LE SCHÉMA GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a publié en juillet 2000 un guide intitulé : Méthodes et Outils des démarches qualité pour les Etablissements de Santé (16). Il constitue une ressource très utile en particulier pour des professionnels n'ayant jamais reçu d'enseignement en qualité au cours de leur formation initiale.

Après lecture du guide, la méthode la plus adaptée à notre situation parait être le cycle « PDCA : Plan, Do, Check, Act » :

- Plan : planifier les actions et les résultats attendus,
- Do : les mettre en œuvre
- Check : vérifier les résultats
- Act : prendre des mesures correctives si besoin

Le système est renouvelable à l'infini.



Roue de Deming

b. POUR L'ANALYSE DES EIAS

A l'issue du recueil des EIAS, 2 d'entre eux ont été analysés sur le mode des Revues de Morbi-Mortalité (RMM). C'est, toujours d'après le guide de l'ANAES (16), l'une des méthodes de première intention à utiliser pour analyser collectivement les dossiers de patients qui ont ou auraient pu présenter des complications morbides au cours des soins.

Dans ce cas, l'outil approprié pour l'analyse des EIAS est la méthode des 5 « pourquoi » ou le QQOQCP (quoi ?, qui ?, où ?, quand ?, comment ?, pourquoi ?)

La RMM est fortement promue depuis quelques années par la HAS, d'abord en milieu hospitalier et plus récemment en soins de premiers recours (10). Elle a pour but d'analyser de manière collective les EIAS pour faire la part des choses entre ce qui relève de la situation clinique du patient et ce qui relève de dysfonctionnements évitables (liés aux facteurs humains, à l'organisation, au mode de communication, aux procédures de soins, aux équipements, à l'environnement)

Elle s'inscrit dans l'objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins du développement professionnel continu (DPC) (17).

VI. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE :

1. Réunion « aller »

Elle a été organisée avec les professionnels de santé de chaque MSP afin de présenter le projet au groupe de travail et d'expliquer le fonctionnement du programme Excel®. La date de réunion et la communication du projet aux membres de la MSP s'est faite par l'intermédiaire du médecin « leader » de la MSP. Ensuite les autres professionnels étaient conviés et participaient sur la base du volontariat. Les différentes réunions ont eu lieu :

- le 19 mai 2017 à la MSP de Dommartin-lès-Remiremont (88),
- le 22 juin 2017 à la MSP de Revigny sur Ornain (55),
- le 3 juillet 2017 à la MSP de Rémilly (57),

Un fichier explicatif a été créé à l'aide de PowerPoint® pour plus de clarté et une impression papier de ce fichier a été remise à chaque participant lors de la réunion afin qu'il puisse le consulter librement au fil de l'étude. Les participants recevaient également un exemplaire de l'Annexe 3. La durée totale de la réunion était approximativement de 45 minutes (la durée estimée étant annoncée préalablement aux participants afin de pouvoir l'intégrer au mieux aux emplois du temps).

2. *Recueil des données*

Il a été effectué sur une période de 3 à 4 mois selon les MSP : 3 mois à Rémilly et Revigny-sur-Ornain et 4 mois à Dommartin-lès-Remiremont.

Une relance par mail a été effectuée le 30 août 2017.

3. *Réunion « retour »*

Elle a eu lieu sur le schéma suivant :

- Présentation des résultats du recueil des EIAS à chaque groupe de travail.
- Analyse plus approfondie de 2 cas sur le mode des RMM : l'un tiré au sort et le 2° choisi par l'équipe selon des modalités définies ensemble (critère de gravité, EIAS concernant le plus grand nombre de professionnels de la structure, tirage au sort…).

  Le déclarant présentait le cas et décrivait l'événement indésirable. Suivait alors un échange entre les professionnels sur les différentes causes ayant conduit à l'EIAS, puis sur les pistes d'amélioration à envisager. Les participants signaient une feuille d'émargement attestant du respect de l'anonymat des cas traités en réunion. Un secrétaire de séance remplissait un compte-rendu des cas traités.
- Réponse au questionnaire final.

Les différentes réunions ont eu lieu :

- le 25 septembre 2017 à la MSP de Dommartin-lès-Remiremont (88)
- le 26 septembre 2017 à la MSP de Revigny-sur-Ornain (55)
- le 3 octobre 2017 à la MSP de Rémilly (57).

La durée totale de la deuxième réunion était de 60 minutes environ.

VII. ANALYSE DES RÉSULTATS :

Le recueil des EIAS s'est effectué de manière indépendante dans chaque MSP.

Les déclarants ont saisi eux-mêmes les différents EIAS dans le logiciel ou les ont déclarés à l'aide du formulaire papier, auquel cas l'investigateur les saisissait ensuite dans le fichier informatique. Une simple copie de la feuille de calcul a permis de les récupérer.

Les données du questionnaire ont été saisies à la main dans une feuille de calcul Excel®. Les résultats sont des valeurs qualitatives exprimées en valeurs absolues ou en pourcentages.

RÉSULTATS

I. DÉROULEMENT GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE

1. *Réunion « aller »*

Dans toutes les MSP la réunion s'est déroulée à la mi-journée, sur le temps de pause des participants.

- A Dommartin-lès-Remiremont, 8 personnes étaient présentes, soit la quasi-totalité des professionnels de la MSP, moins la secrétaire.
- A Revigny-sur-Ornain, il a été plus difficile de rassembler tous les professionnels simultanément. La séance de présentation des modalités du travail s'est effectuée en plusieurs fois, d'abord avec l'un des pharmaciens, 2 médecins et 1 interne SASPAS. Nous avons ensuite donné les explications à un IDE qui devait par la suite transmettre les informations à ses collègues.
- A Rémilly, nous avons pu rassembler 3 médecins, 2 IDE et 1 interne en simultané. Nous sommes ensuite allés rencontrer le pharmacien à son officine pour lui expliquer la démarche.

2. *Réunion « retour » :*

Elle s'est déroulée à la mi-journée dans 2 MSP et en soirée pour la troisième.

- A Dommartin-lès-Remiremont, étaient présents les 4 médecins généralistes de la structure et le médecin remplaçant régulièrement ces derniers. La réunion était structurée et s'est déroulée selon le protocole établi par l'animatrice (thésarde).
- A Revigny-sur-Ornain, les personnes conviées ne se sont pas présentées à la réunion hormis un médecin généraliste. Nous n'avons donc pas pu effectuer de séance de RMM. La réunion s'est transformée en séance de retour d'expérience de la part de ce médecin.

  Pour lui, le travail serait davantage réalisable si l'on prévoyait un recueil sur une durée plus limitée de type « une semaine donnée » en essayant d'être exhaustif sur cette période. Il pensait également qu'au sein de sa structure, le travail serait peut-être mieux accepté s'il était introduit et suivi par le coordinateur (personne extérieure) de la MSP.

- A Rémilly, bien que n'ayant pas déclaré beaucoup d'EIAS selon la méthode proposée initialement (déclaration informatisée ou papier), les échanges étaient très riches et chacun souhaitait partager sa propre expérience. La réunion a donc débuté par un temps d'échange informel sur le ressenti et les expériences personnelles de chacun en matière d'EIAS avant d'aborder plus en détail 2 d'entre eux en RMM.

II. RÉSULTATS DU RECUEIL DES EIAS PAR MSP :

1. *A Dommartin-lès-Remiremont*

23 EIAS étaient déclarés sur une période de 4 mois, dont 22 par les médecins généralistes et 1 par une IDE.

Parmi eux 18 étaient catégorisés non graves (aucune conséquence ou prise en charge du patient en ambulatoire) et 4 graves (hospitalisation ou conséquence durable pour le patient). Deux d'entre eux correspondaient en réalité au même cas, sans avoir pu départager 2 causes principales à l'origine de l'EIAS.

1/3 des causes d'EIAS selon la grille CADYA étaient expliquées par un défaut de communication, que ce soit dans le système d'information (catégorie facteurs techniques) ou dans la coordination des soins (catégorie processus de soins). Un autre tiers des causes étaient représentées par des facteurs humains, qu'ils soient liés au soignant lui-même, ou aux autres soignants.

En 2015, la HAS a publié les résultats de l'analyse des causes profondes des EIAS issus de la base de données du retour d'expérience de son dispositif d'accréditation (en milieu hospitalier) (18). Plus de 47000 EIAS ont été analysés à l'aide de la grille ALARM. Les 3 principales causes d'EIAS étaient les suivantes : 27 % surviennent en raison de dysfonctionnements liés à l'équipe, 23% liés aux tâches à accomplir et enfin 15% sont liés au patient lui-même. Plus de 70% des causes identifiées parmi celles liées à l'équipe correspondaient à un problème de communication, orale ou écrite.

Dans l'étude ESPRIT (en soins primaires) dont nous avons déjà parlé (4), la communication était incriminée dans 18,3% des EIAS selon l'une des classifications (typologie de Makeham) et dans 21% des cas selon l'autre (la méthode des tempos). Il est plus difficile de comparer les fréquences d'EIAS dus aux facteurs humains, les classifications étant trop différentes de la grille CADYA utilisée dans notre étude.

2. *A Revigny-sur-Ornain*

24 EIAS ont été déclarés sur la période de recueil de 3 mois, dont 17 par les secrétaires médicales de la MSP et 7 par 2 médecins généralistes. Il n'y a pas eu de déclarations par les IDE ou les pharmaciens.

Tous étaient des EIAS non graves (aucune conséquence pour le patient ou prise en charge ambulatoire).

Les causes principales retrouvées étaient principalement des facteurs techniques (1/3), aussi bien matériels que du système d'information, et des facteurs humains (1/4), surtout liés au patient (forte déclaration de la part du secrétariat).

Dans l'étude ESPRIT, le plus grand nombre d'EIAS (23,8%) étaient dus à des erreurs liées à la coordination du système de soins (rendez-vous et messages, système de rappel, système informatique, disponibilité des soins…) ce qui correspond aux facteurs techniques retrouvés ici.

3. *A Rémilly*

4 EIAS ont été déclarés sur la période de recueil, 2 par les médecins généralistes et 2 par les infirmiers.

Parmi eux, on ne recensait aucun EIAS grave.

Le faible nombre d'EIAS déclarés ne nous a pas permis de mettre en évidence de tendance sur leur cause principale.

III. ANALYSE DES EIAS SUR LE MODE DES RMM :

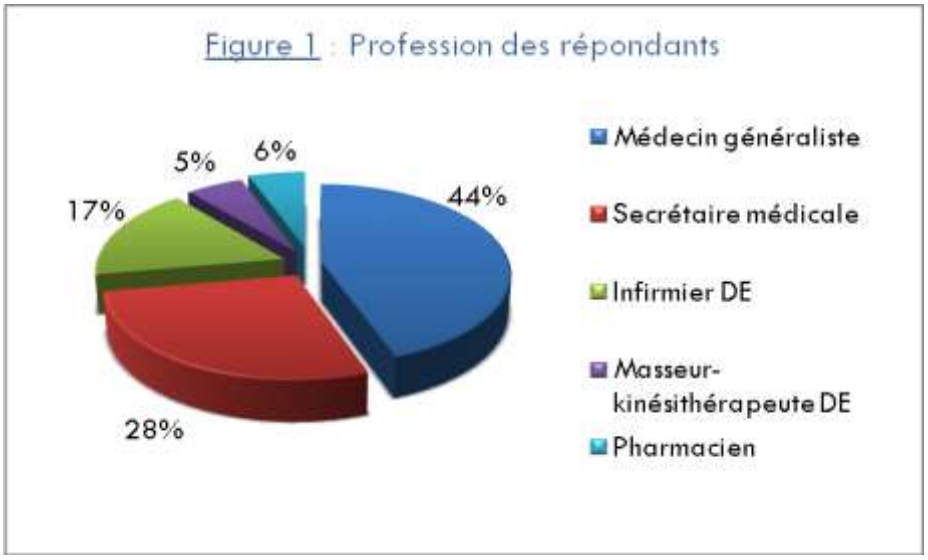
Un exemple de cas traité en RMM :

Rappel du cas Patiente de 28 ans consultant en service de gynécologie suite à un rapport sexuel non protégé. Des prélèvements locaux sont réalisés en service de gynécologie et les résultats sont envoyés en copie au médecin traitant (résultat : germe à traiter par un antibiotique). La patiente a été traitée 2 fois (par le médecin traitant qui a revu la patiente et par le gynécologue qui lui a envoyé une ordonnance par courrier) par un antibiotique de même classe pour la même pathologie. Pas de conséquence clinique apparente pour la patiente (EIAS non grave).
Analyse critique collective des causes (Items de CADYA) Défaut de communication entre le service de gynécologie et le médecin traitant (le gynécologue n'envoie pas de courrier au médecin traitant pour l'informer du traitement de la patiente) (*Processus de soins - Coordination des soins - Défaut de communication*). Ordonnance du service de gynécologie envoyée à la patiente par voie postale sans plus d'information. (*Processus de soins - Coordination des soins - Défaut de communication*). La patiente n'a pas précisé au médecin traitant qu'elle avait également reçu une ordonnance du service de gynécologie. (*Facteur humain - Lié à la patiente - Inattention*).
Pistes d'amélioration à envisager Problème récurrent avec ce service hospitalier en particulier : amélioration de l'organisation des soins à prévoir avec définition d'une conduite à tenir précise (éventuellement établissement d'un protocole : qui se charge de traiter la patiente et selon quelles modalités pratiques ?)

IV. RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE :

1. *Profession des répondants*

Au total 18 personnes ont répondu au questionnaire sur 20 distribués soit 90% de répondants.



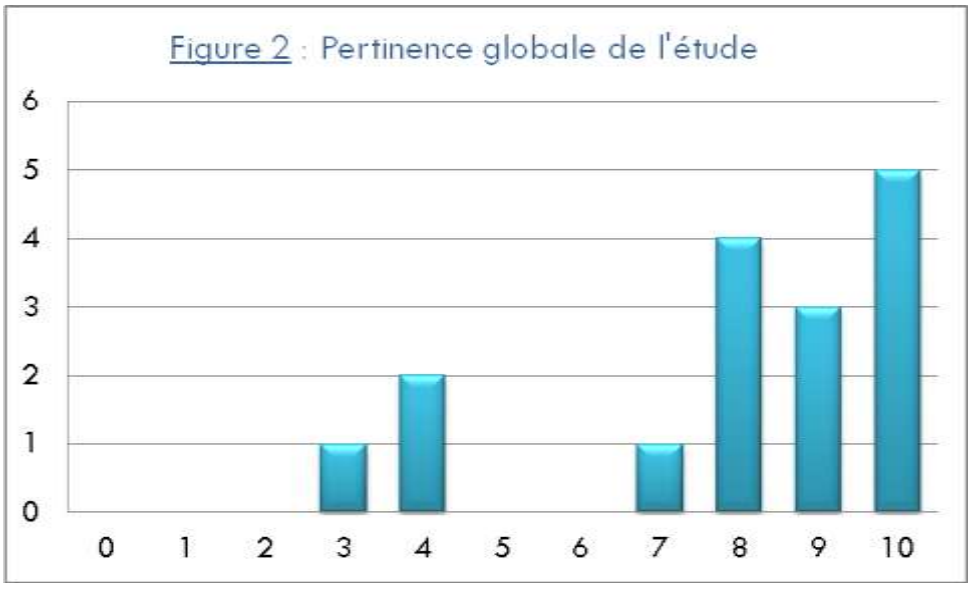
Parmi les répondants on retrouvait une majorité de médecins généralistes et secrétaires médicales.

Il existait toutefois une discordance entre les MSP de Dommartin-lès-Remiremont où la plupart des déclarations émanaient des médecins, et Revigny-sur-Ornain où la majorité des EIAS ont été déclarés par les secrétaires médicales. Les professionnels de santé de la MSP de Rémilly ayant déclaré moins d'EIAS, cela ne fait pas varier la tendance.

2. *Pertinence de l'étude*

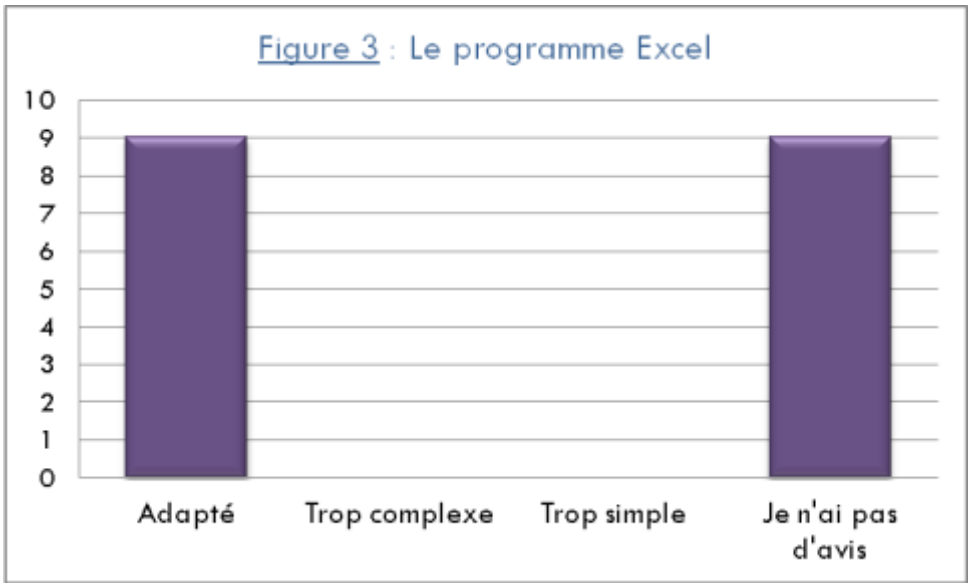
Le taux de réponse à cette question était de 89%.

L'évaluation s'effectuait grâce à une échelle analogique, 0 correspondant à l'absence de pertinence et 10 à une démarche très pertinente.



D'une manière générale les participants qui ont accepté de répondre au questionnaire final avaient un avis positif sur la pertinence d'un tel travail (Moyenne : 7,9/10)

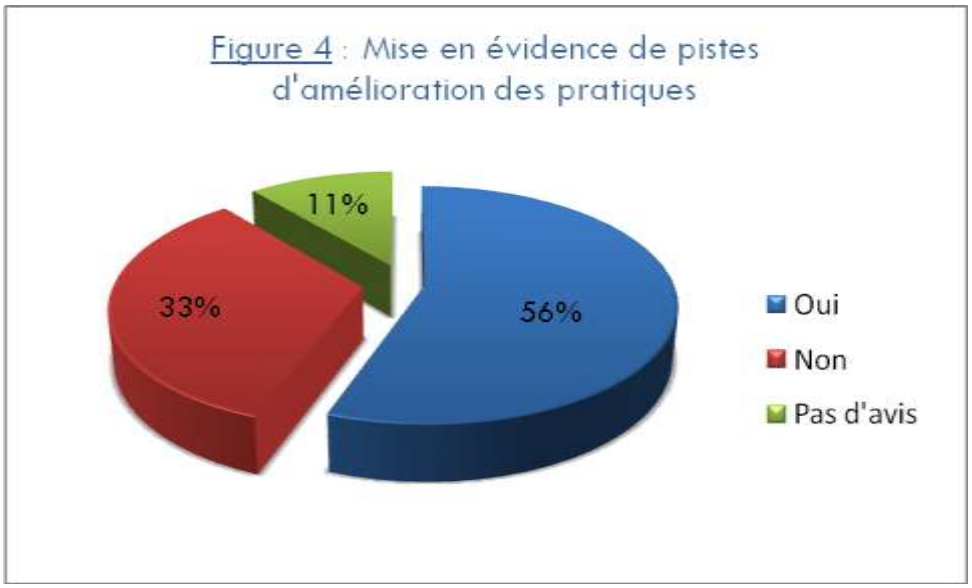
3. *Programme Excel®*



Les personnes ayant manipulé le fichier Excel® créé pour notre étude l'ont trouvé adapté. Les réponses « Je n'ai pas d'avis » étaient expliquées par une impossibilité d'utiliser le fichier de déclaration en raison d'une absence de ce logiciel sur l'ordinateur de l'utilisateur.

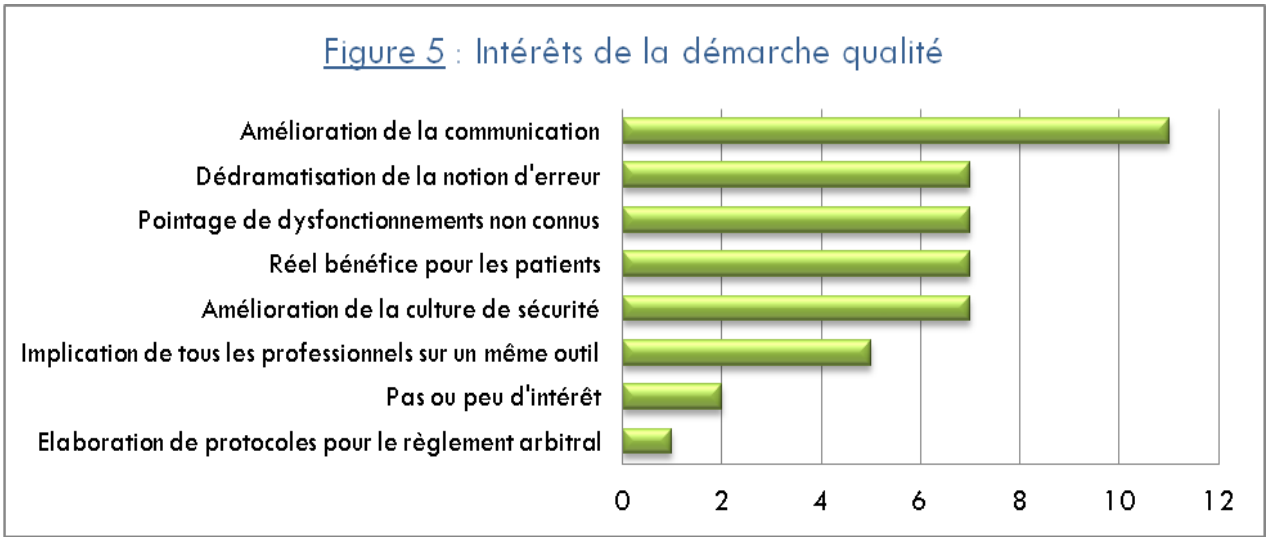
Il y a donc une bonne acceptation de cet outil lorsque celui-ci est accessible.

4. *Mise en évidence de pistes d'amélioration des pratiques*



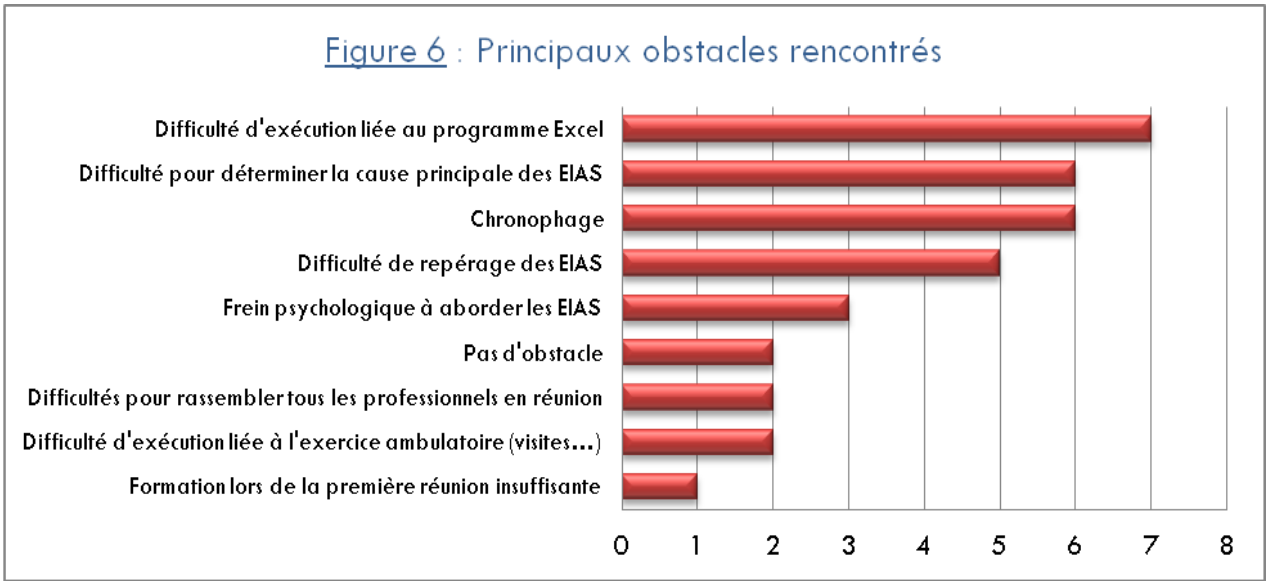
Un peu plus de la moitié des participants (56%) a jugé que cette démarche leur a permis de pointer des pistes d'amélioration de leur pratique qu'ils n'avaient pas identifiées jusque là.

5. *Intérêts perçus de la démarche qualité*



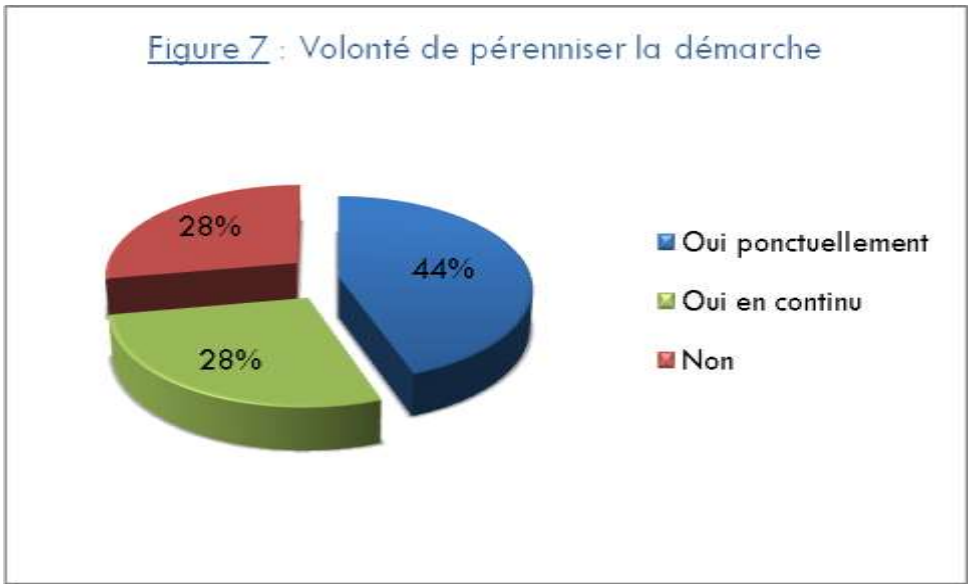
Les professionnels ont surtout remarqué une amélioration de la communication au sein de l'équipe.

6. *Principaux obstacles rencontrés*



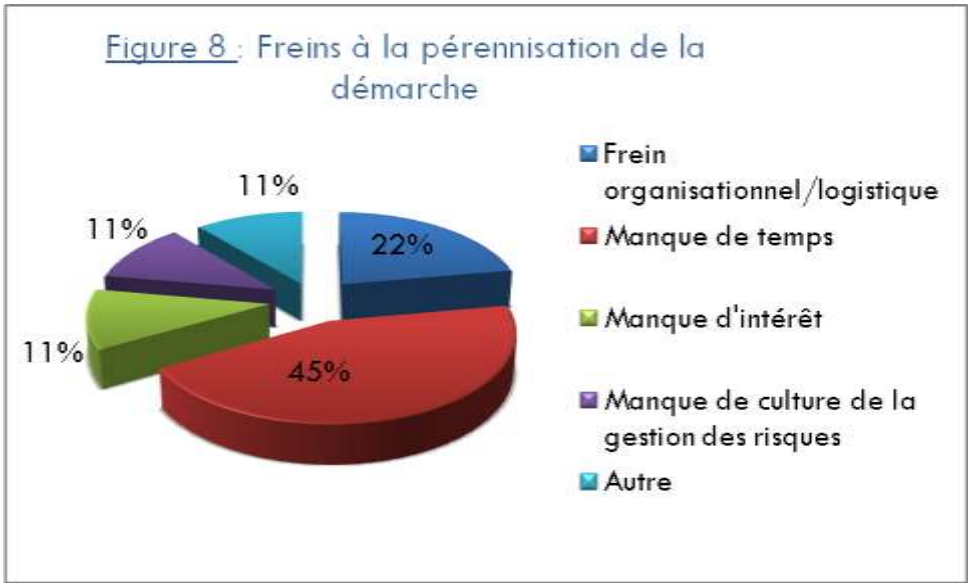
Les professionnels ont été principalement confrontés à des difficultés d'exécutions liées à l'utilisation du programme Excel®, mais également à des difficultés de repérage des EIAS et de leur cause principale. Ils ont également jugé que le travail leur prenait du temps.

7. *Poursuite de la démarche qualité à l'avenir*



5 personnes ont répondu « Non » à cette question (4 secrétaires médicales et 1 masseur-kinésithérapeute DE).

Dans ce cas, elles devaient en préciser la ou les raisons répertoriées dans la Figure 8.



Les freins perçus ont été principalement le manque de temps à consacrer à un tel travail et la difficulté de mise en place d'un point de vue organisationnel.

La réponse d'une absence d'indemnisation ou de reconnaissance en tant que Formation Médicale Continue n'a pas été donnée (les secrétaires ne sont en effet pas concernées par la FMC).

DISCUSSION

I. SUR LA MÉTHODOLOGIE

1. *Points forts*

a. CONCERNANT LE SUJET DE L'ÉTUDE

Nous nous sommes intéressés à une question majeure de santé publique, dont on mesure l'importance au regard de la place grandissante qu'elle prend dans la réflexion des pouvoirs publics et grandes institutions de notre pays (législation, HAS, PNSP…). Le souci d'amélioration de la qualité des soins fait partie intégrante de l'activité de médecine générale.

Il s'agissait là d'un travail non exhaustif et modeste. Mais l'ambition de ce travail était de proposer des outils simples, que les professionnels pourraient s'approprier sans grande difficulté. Un outil trop complexe sera plus difficile à intégrer dans l'exercice quotidien.

b. CONCERNANT L'OBJECTIF DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de notre travail était l'évaluation de la faisabilité d'un recueil et d'une analyse des EIAS au sein de 3 MSP lorraines. Notre objectif a été atteint avec une mise en exergue des facteurs favorisant et des freins à une meilleure prise en compte de la qualité des soins et de la sécurité du patient au cours des soins ambulatoires, à travers les EIAS.

L'un des points forts de notre étude a également été le fait d'essayer d'inclure tous les professionnels des MSP et pas uniquement les médecins généralistes. Selon les lieux, les médecins ont travaillé avec les IDE, kinésithérapeutes, secrétaires médicales, pharmaciens. Ceci permet de mieux prendre en considération toutes les dimensions de la prise en charge, organisationnelle et médicale.

Une relative autonomie a été volontairement laissée aux équipes pour s'approprier l'outil informatique et la démarche de manière générale.

c. CONCERNANT L'ACCEPTABILITÉ DE L'ÉTUDE

Nous avons contacté les membres de quatre MSP lorraines et avons eu une réponse négative sur les quatre, justifiée par une charge apparente de travail trop conséquente. Dans les MSP où l'étude a été réalisée, l'accueil a été positif et les professionnels de santé ont été intéressés par le sujet. Il était parfois difficile sur le plan organisationnel de rassembler tous les professionnels au même moment en un même lieu comme en témoigne la faible participation à la réunion « retour » à Revigny-sur-Ornain (pour rappel, un seul médecin était présent).

2. *Limites*

a. LE BIAIS DE SÉLECTION DES LIEUX DE L'ÉTUDE

Il existe un biais de sélection des lieux de l'étude. Les MSP sélectionnées l'ont été de façon arbitraire : une MSP par département de l'ancienne région Lorraine (soit 4 MSP). L'étude n'est pas représentative de la faisabilité d'un tel travail dans les MSP à plus grande échelle.

L'étude a été réalisée dans des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles mais le contact initial pour proposer la mise en place du travail s'est fait par l'intermédiaire de l'un des médecins généralistes de la MSP, ce qui ne prend pas en compte l'avis des autres professionnels sur leur motivation à participer à ce travail.

Enfin les médecins contactés et qui ont accepté la mise en place de l'étude sont tous investis dans la formation des internes et/ou enseignants au Département de Médecine Générale (DMG) de la faculté de médecine de Nancy, ce qui laisse supposer une moindre réticence à accepter un tel travail.

b. LE BIAIS DE CONFIDENTIALITÉ

Il existait également un biais de confidentialité dans la déclaration des EIAS (initiales, sexe et date de naissance du patient), mais il nous a semblé important que les professionnels puissent facilement retrouver le dossier problématique à l'aide des données du patient, le but étant de discuter des cas en RMM.

Une feuille d'émargement faisant office de clause de confidentialité devait être signée au début de chaque réunion.

c. LE PROGRAMME EXCEL® : SIMPLE D'UTILISATION MAIS NON UNIVERSEL

A priori l'usage du logiciel Excel® paraissait le plus simple car les bases de son fonctionnement sont connues du plus grand nombre. Le programme créé pour cette étude a d'ailleurs été jugé simple d'utilisation et de prise en main facile.

Mais en pratique, de nombreux postes informatiques n'étaient pas équipés du logiciel ce qui a constitué une difficulté dans la mise en place du recueil des données. Dans notre étude, il est jugé comme le **principal obstacle rencontré** (Figure 6) bien que les professionnels qui ont pu l'utiliser le trouvent adapté (Figure 3).

Il serait donc souhaitable, pour optimiser l'utilisation de l'outil, de développer un programme plus universel en faisant éventuellement intervenir des ingénieurs informaticiens, voire de pouvoir intégrer un formulaire de déclaration directement dans les logiciels de prescription utilisés dans les MSP.

Lors de la préparation de ce travail, les avis du Pr Eliane Albuisson du Département d'Informatique Médicale du CHU de Nancy, ainsi que les concepteurs du logiciel en ligne WEDA® avaient été sollicités afin d'évaluer les possibilités de développement d'un tel outil. Mais il s'agissait là d'un travail de plus grande envergure, et financièrement onéreux donc non adapté à une thèse.

Par ailleurs on sait qu'un EIAS survient souvent par un concours de circonstance (causes multiples) et n'a pas une cause unique. Or nous n'avions pas prévu lors de la programmation du logiciel, de pouvoir déclarer plusieurs causes de survenue de l'EIAS. Certains EIAS ont d'ailleurs été déclarés 2 fois sans que le déclarant ne parvienne à départager 2 causes principales possibles. L'analyse des causes profondes des EIAS devait se faire dans un deuxième temps lors d'une réflexion collective (RMM). Dans le cas du développement ultérieur d'un outil informatique plus performant, l'une des améliorations à apporter serait donc de pouvoir déclarer au minimum une cause principale et une cause secondaire.

d. La réponse au questionnaire

La réponse au questionnaire s'est effectuée à l'issue de chaque réunion « retour », et bien qu'il se veuille anonyme, le faible nombre de questionnaires et la profession du répondant ne permet pas d'assurer un anonymat parfait. Cela a pu perturber la franchise des réponses (réponses demandant un jugement personnel).

e. La grille CADYA complexe

L'utilisation de la grille CADYA nécessite de se familiariser avec les différents items afin de pouvoir les utiliser aisément. Elle nécessiterait probablement une adaptation pour être plus facilement adoptée par les professions paramédicales (exemples cités plus orientés vers la pratique des masseurs-kinésithérapeutes ou IDE) pour essayer de mieux les impliquer.

II. Sur les résultats

1. Sur les EIAS recueillis

a. Le biais de sélection des EIAS et de leur cause principale

La déclaration des EIAS et surtout la détermination de leur cause principale étaient laissées à l'appréciation des déclarants.

Le recueil préalable des EIAS permettait théoriquement de ne pas se focaliser uniquement sur les cas sortant de l'ordinaire mais de détecter également les petits

dysfonctionnements répétés, non graves mais fréquents. Or, ce type d'évènement n'a pas forcément été repéré par les équipes car « faisant partie du quotidien » et n'était finalement pas toujours considéré comme un EIAS.

b. UNE SOUS-DÉCLARATION DES EIAS

Les EIAS ont une définition vaste et sont donc nombreux. Nous avons constaté dans notre étude une large sous-déclaration en comparaison au nombre d'EIAS déclarés dans d'autres travaux. Nous émettons différentes hypothèses à cela :

- Une minimisation possible des EIAS, notamment ceux pour lesquels le professionnel est impliqué,
- La période de recueil des données comprenait les grandes vacances d'été, entrainant les congés de chacun ou parfois un ralentissement de l'activité,
- La période de recueil des données s'est étendue sur 3 à 4 mois selon les MSP, ce qui a pu conduire à un phénomène d'oubli de la part des professionnels. Ce dernier pourrait être minimisé avec un recueil de type « une semaine donnée » comme dans l'étude ESPRIT sus-citée, qui présenterait une contrainte différente pour les membres de la MSP (un recueil durant une semaine particulièrement chargée, donc plus propice aux erreurs, semble aussi être plus difficile à envisager).
- Chaque soignant a sa personnalité et sa propre expérience. Tout le monde ne perçoit pas l'erreur de la même façon et son acceptabilité varie selon chacun (19).
- Des mécanismes de récupération se mettent souvent en place lors de la survenue des EIAS (vigilance des médecins, des pharmaciens d'officine, des professionnels paramédicaux, des patients et de leur entourage) ce qui peut contribuer à minimiser leur déclaration.

On retrouve souvent ce problème de non déclarations d'EIAS dans la littérature :

The Lancet a créé une rubrique « Uses of error » en 2001, fermée en 2006 faute de contributions (20). Le programme Prescrire « Eviter l'évitable » a également souffert de ce phénomène à ses débuts (7).

D'après une revue de la littérature de 2007, les 4 causes les plus fréquentes de sous-déclaration étaient : une définition trop floue de l'évènement indésirable ou de l'erreur, une protection juridique incertaine des déclarants, une culture de sécurité insuffisante et une motivation trop faible, une mauvaise ergonomie des systèmes de déclaration aux formulaires fastidieux à remplir (21).

2. *Sur les intérêts et obstacles de l'étude*

Les participants ayant répondu au questionnaire ont évalué la **pertinence de l'étude à 7,9/10 en moyenne** (Figure 2). Cela traduit un intérêt certain ou une prise de conscience de l'importance de l'analyse des pratiques, mais il existe un certain paradoxe avec le fait que les professionnels ont du mal à s'investir dans cette dimension de leur exercice. Il persiste une marge de progression pour réussir à l'intégrer au quotidien.

Dans sa thèse de médecine générale publiée récemment, Sébastien MARCHAL a réalisé un état des lieux des MSP lorraines à l'aide de la Matrice de Maturité en Soins Primaires (MMSP). On remarque que la dimension « Analyse des Pratiques » dans la partie « Systèmes d'information » de la MMSP est très mal investie : seulement 6 MSP sur 40 remplissent des objectifs tels que l'utilisation d'indicateurs répertoriés et discutés en équipe pour conduire à des actions d'amélioration des pratiques (22). Seules 2 MSP lorraines sur 40 utilisaient la matrice de maturité préalablement à son étude.

Les expérimentations de RMM réalisées par la HAS en 2011 et 2012 (23) mettaient l'accent sur les problèmes de communication entre professionnels comme cause d'une majorité d'évènements indésirables. Dans notre étude, les résultats nous montrent que les protagonistes ont trouvé comme principal intérêt de la démarche une **amélioration de la communication au sein de l'équipe**. Viennent ensuite une dédramatisation de la notion d'erreur, le pointage de dysfonctionnements non connu jusque là, une amélioration de la culture de sécurité et un réel bénéfice perçu pour les patients.

Les obstacles, au-delà de la difficulté d'exécution liée au programme Excel dont nous avons parlé plus haut, étaient principalement une **difficulté de repérage des EIAS et de leur cause principale** ainsi que l'**aspect chronophage** de la démarche.

3. *Un travail possible mais ponctuellement*

A la question « Pensez-vous que la démarche pourra être poursuivie à l'avenir dans l'établissement où vous exercez ? » les professionnels ont majoritairement répondu « Oui » mais ponctuellement (44%).

Plutôt que d'effectuer un recueil sur plusieurs mois, il pourrait être proposé de le faire sur une période d'une ou deux semaines, suivie d'une réunion fixée au préalable, et cela répété plusieurs fois dans l'année. La répétition encouragerait l'autonomie et la capacité des professionnels et des organisations à analyser leur propre fonctionnement et identifier les actions correctives à réaliser.

Dans notre étude, le calendrier et la méthodologie avec cette période de recueil de plusieurs mois ne nous a pas permis de suivre et analyser l'efficacité des actions entreprises.

III. SUR LA FAISABILITÉ D'UNE TELLE DÉMARCHE QUALITÉ EN SOINS PRIMAIRES

1. Une modification culturelle majeure

Nous avons pu constater à travers ce travail de thèse, que l'intégration de nouvelles pratiques au sein d'une équipe n'est pas aisée. Il faut du temps pour percevoir l'intérêt et les applications de la démarche.

La motivation à poursuivre le travail peut passer par l'atteinte d'objectifs fixés au préalable. La matrice de maturité en soins primaires comme support de travail serait un outil intéressant à exploiter plus largement.

L'amélioration des pratiques professionnelles passe par l'acquisition d'une capacité réflexive (24). C'est une démarche positive qui conduit le soignant à évaluer pendant l'action (et non pas après l'action comme cela a été fait dans notre étude) son implication dans la prise en charge du patient et les différents choix possibles face à une situation donnée.

Quand un évènement indésirable est repéré par un soignant, il existe un biais important dit de rétrospection : la connaissance du résultat de l'analyse d'un EIAS conduit l'observateur à surestimer la capacité humaine à prévoir et à anticiper cet EIAS, ce qui peut être très culpabilisant (7). Dans notre étude, nous avons eu l'exemple d'un cas discuté en RMM, perçu par le déclarant comme un EIAS, qui après analyse collective s'est avéré ne pas en être un. Ce type de biais pourra être évité par la pratique régulière du recueil et de l'analyse des évènements indésirables.

Une enquête norvégienne a montré qu'un soutien des collègues semble aider à discuter les erreurs et à en supporter les conséquences (25).

C'est l'une des raisons pour lesquelles il paraît nécessaire d'adopter une démarche de réflexion collective sur les causes profondes de survenue des EIAS. Ceci en dépassant les freins culturels à l'apprentissage par l'erreur, en évitant l'écueil de la recherche d'un coupable, mais en cherchant ensemble des solutions pour éviter que les erreurs ne se répètent.

La perception de l'erreur ne doit plus être vue comme une défaillance d'une personne en particulier mais comme une succession de failles dans les systèmes de sécurité mis en place au fil du temps (barrières techniques, humaines, organisationnelles). C'est le « Swiss Cheese Model » de James REASON (26) (Annexe 6).

Dans d'autres professions (aviation civile, sécurité civile…), l'erreur fait partie intégrante de la formation (utilisation de check-lists dans les situations à risque…).

En médecine il existait culturellement une sorte de mythe du médecin infaillible, pour lequel l'erreur est inacceptable. Sa survenue entraine la peur d'être jugé donc un déni. Ce mode de pensée est en voie d'évolution, notamment avec les nouvelles méthodes pédagogiques en faculté de médecine (groupes d'échanges de pratiques par exemple). Il faut changer les mentalités : l'erreur est inhérente à l'activité humaine, c'est la non-déclaration qui est une faute. L'analyse de l'erreur est au service de l'amélioration des procédures (27). La sécurité ne consiste pas à supprimer les erreurs mais à les gérer de façon adaptée.

Lorsque les soignants sont impliqués (à tort ou à raison) dans une erreur médicale ou un EIAS, il en résulte parfois une véritable souffrance, qui reste encore taboue (28).

La conscience du risque et le vécu de l'erreur varie beaucoup d'un pays à l'autre. Dans l'étude européenne Presst-next qui évaluait la santé et la satisfaction des soignants au travail, la crainte des erreurs parmi les infirmiers était très variable, de moins de 20% aux Pays-Bas à 44,7% en France (29).

Les valeurs et croyances partagées par l'équipe pluriprofessionnelle qui sont susceptibles de fonder la coordination en vue de réduire le risque de dommages auxquels le patient pourrait être confronté du fait des soins constituent la **culture de sécurité**. C'est cette dernière qui est à renforcer.

2. Synthèse et réflexion sur les perspectives d'extension à d'autres MSP

Partant du constat qu'ayant participé à leur conception, les professionnels seraient plus à même de mettre en œuvre et de respecter sur le long terme leurs projets, l'idée d'une phase de recueil préalable des EIAS avant l'analyse en RMM paraît bonne (30).

La méthode de RMM étant encore assez peu codifiée, cela laisse finalement une relative liberté dans les modalités de réalisation. Il faut en revanche appliquer une démarche méthodique.

L'initiation de la démarche et la mise en œuvre pratique du projet doit se faire de manière personnalisée selon des modalités définies par l'équipe et non imposée par une personne extérieure pour une meilleure efficience. Selon les cas, on pourra désigner un responsable de projet parmi les professionnels de la MSP, ou passer par le coordinateur de la structure.

Ce dernier pourra, en collaboration avec les autres professionnels de santé, élaborer une procédure de RMM détaillée définissant la périodicité, la durée des réunions, la notion de secret professionnel, les modalités d'archivage des comptes-rendus… (23)

On pourra s'appuyer sur la Matrice de Maturité pour parvenir à faire progresser les équipes sur l'analyse des pratiques au fil du temps.

Pour pérenniser ce recueil, un logiciel informatique plus adapté serait nécessaire, au mieux directement intégré au logiciel de prescription pour optimiser une déclaration rapide.

D'une réunion à l'autre, un point sera fait sur l'effet des actions mises en place lors des séances précédentes.

Il est envisageable de rassembler des professionnels différents à chaque réunion, selon la nature des EIAS recensés et les personnes qu'ils ont impliquées, voire de rassembler les EIAS par thèmes lors de certaines réunions.

L'avis des patients serait également intéressant à prendre en compte, voire l'organisation de RMM avec la participation des patients. Dans l'étude ESPRIT (4), 43% des EIAS ont été identifiés par les patients et leur entourage. Le patient doit donc être pleinement impliqué dans la sécurité des soins.

Conclusion

La survenue des EIAS en médecine ne provient pas seulement du médecin, mais parfois du patient, des autres soignants ou de la situation. La plupart du temps elle est due à de multiples causes, qu'il est important de pouvoir analyser pour éviter la répétition des erreurs, ou la culpabilisation des soignants, qui serait contre-productive.

Les systèmes de recueil et de traitement des signalements d'erreurs ne sont pas uniquement des sources d'information sur la nature des EIAS, mais doivent servir de support à un dialogue et une médiation entre les différents protagonistes.

Notre travail avait pour objectif d'étudier la faisabilité d'une démarche qualité basée sur le recueil et l'analyse d'EIAS dans 3 maisons de santé pluriprofessionnelles lorraines.

Les résultats montrent un paradoxe entre la pertinence perçue d'un tel travail et la difficulté de réalisation en pratique.

Le principal intérêt de ce travail est l'amélioration de la communication au sein des équipes. Les obstacles sont représentés par un outil informatique insuffisamment universel pour le recueil des EIAS ; et une difficulté de repérage des EIAS et de leur cause principale. Il existe également un aspect chronophage de cette démarche.

La démocratisation de l'analyse des pratiques de manière pluriprofessionnelle doit passer par une modification culturelle majeure (nouvelles méthodes pédagogiques lors de la formation initiale, meilleure prise en compte de l'objectif d'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins du DPC, développement collectif de démarches qualité au sein des MSP…).

Notre étude offre des perspectives intéressantes pour les équipes ayant la volonté d'amorcer certains changements. Il existe des outils simples à utiliser ou à créer pour intégrer la qualité des soins au cœur de nos pratiques et ainsi renforcer notre culture de sécurité, dans l'intérêt des patients.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Elder NC, Pallerla H, Regan S. What do family physicians consider an error? A comparison of definitions and physician perception. BMC Fam Pract. 8 déc 2006;7:73.

2. OMS. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1 Final Technical Report January 2009 [Internet]. [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

3. Haute Autorité de Santé. Evénement indésirable associé aux soins (EIAS). 2014.

4. Michel P, Mosnier A, Kret M, Chanelière M, Dupie I, Haeringer-Cholet A, et al. Étude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France (Esprit 2013). Bull Epidémiol Hebd. 2014;(24-25):410-6.

5. Programme national pour la sécurité des patients 2013/2017. Haute Autorité de Santé; 2013.

6. Les structures de santé pluri-professionnelles. ameli.fr. 2017.

7. Prescrire Rédaction. Eviter l'évitable Le soignant, l'erreur et son signalement. Prescrire. juin 2010;30(320):456-60.

8. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.

9. 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 [Internet]. [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/AFSP1624746D/jo/texte

10. HAS. Revue de mortalité et de morbidité (RMM) et médecine générale [Internet]. 2010 [cité 21 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/rmm_et_mg_4_pages_11_02_2010.pdf

11. Sherman H, Castro G, Fletcher M, Hatlie M, Hibbert P, Jakob R, et al. Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. Int J Qual Health Care. févr 2009;21(1):2-8.

12. Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, et al. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol. BMJ. 18 mars 2000;320(7237):777-81.

13. Chanelière M, Oriol J-M, Senez B, Keriel-Gascou M, Fanjat H, Blanc M-D, et al. CADYA : un outil pour analyser des incidents en soins primaires. Risques & Qualité. 2014;11(2):34-40.

14. Koehler D, Morlan T. Principaux dysfonctionnements associés à la survenue d'évènements indésirables en soins primaires. [thèse]. [Lyon 1]: Claude Bernard; 2015.

15. Haute Autorité de Santé. Classification des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) rencontrés hors établissement de santé. www.has-sante.fr. 2015.

16. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé. 2000.

17. Code de la santé publique - Article L4133-1. Code de la santé publique juill 21, 2009.

18. HAS. Analyse des causes profondes des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) issus de la base de retour d'expérience du dispositif d'accréditation [Internet]. 2015 [cité 15 juin 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2039719/fr/analyse-des-causes-profondes-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias-issus-de-la-base-de-retour-d-experience-du-dispositif-d-accreditation

19. Klotz P. L'erreur médicale. Mécanismes et prévention. Maloine. 1994. 147 p.

20. Horton R. We all make mistakes : tell us yours. The Lancet. 13 janv 2001;357(9250):88.

21. Amalberti R, Gremion C, Auroy Y, Michel P, Salmi R, Parneix P, et al. Les systèmes de signalement des évènements indésirables en médecine [Internet]. 2007 [cité 6 oct 2017]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er584.pdf

22. Marchal S. La matrice de maturité en soins primaires : état des lieux des maisons de santé pluriprofessionnelles en Lorraine [thèse]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2017.

23. Lafont M, Oriol J-M. Compte-rendu Expérimentation RMM PPa. HAS; 2013.

24. Galam E. Enseigner et optimiser nos pratiques : de la transposition didactique à la vraie vie. Rev Prat. 2006;20(734/735):654-6.

25. Aasland OG, Førde R. Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. BMJ Qual Saf. 1 févr 2005;14(1):13-7.

26. Reason J. Human Error. Cambridge University Press; 1990.

27. Vallée J, Charles R. Approche pédagogique des erreurs médicales au cours de l'internat de médecine générale. Exercer. 2008;19(83):111-6.

28. Galam E. L'erreur médicale, le burnout et le soignant. De la seconde victime au premier acteur. Springer France; 2012. 327 p.

29. Estryn-Béhar M. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe [Internet]. Presses de l'ehesp. 2008 [cité 11 août 2017]. 384 p. Disponible sur: https://www.presses.ehesp.fr/produit/sante-et-satisfaction-des-soignants-au-travail-en-france-et-en-europe/

30. Auffret J. Perception et pratique de l'analyse des événements indésirables associés aux soins en médecine générale [thèse]. [Rennes]: Rennes 1; 2016.

ANNEXES

1. *Annexe 1 : Grille CADYA*

GRILLE D'ANALYSE CADYA			
Catégorie principale	**Sous-niveau 1**	**Sous-niveau 2 (le cas échéant)**	**Aspects explorés par l'axe**
Facteurs environnementaux	Contexte social du patient		Lieu et contexte de vie, situation sociale du patient (sens large)
	Contexte d'action du soignant	Acte non planifié	Urgence ou recours urgent, demande non programmée
		Lieu de prise en charge	Patient vu au cabinet, au domicile ou ailleurs (EHPAD)
		Gestion de la charge de travail	Retard, absence de rendez-vous disponible ou surcharge
	Perturbateur contextuel		Élément physique « parasite » (téléphone, irruption d'un tiers)
	Système de santé	Offre de soins	Absence de soignant ou offre de soins inadaptée
		Aspects financiers ou administratifs	Défaut de couverture sociale, tout aspect financier empêchant ou retardant une prise en charge médicale
Facteurs humains	Lié au patient	Un mot-clé précise la nature du dysfonctionnement, par exemple : • affects inadaptés (exemple : défaut d'empathie) dans la relation ; • troubles du comportement (violence, colère) ; • fatigue ou stress (altérant la performance individuelle) ; • croyances et représentations (culturelles, religieuses ou éthiques) ; • autre	
	Lié au soignant		
	Lié aux autres soignants		
	Lié à un autre tiers		
Facteurs techniques	Facteur matériel	Panne, défectuosité, indisponibilité	Toute anomalie en rapport avec le matériel lors d'un acte technique
		Défaut d'usage	Non-respect de l'usage habituel du matériel (sciemment ou non)
	Système d'information	Données erronées ou manquantes	Information fausse ou manquante (exemple : mention d'une allergie)
		Défaillance du système de communication	Une information n'a pu être transmise en temps et en heure (exemple : fax, e-mail ou courrier non reçu)

GRILLE D'ANALYSE CADYA			
Catégorie principale	**Sous-niveau 1**	**Sous-niveau 2 (le cas échéant)**	**Aspects explorés par l'axe**
Processus de soin	Dimension cognitive	Défaut de formation	Défaut de savoir (dans la formation initiale ou continue)
		Défaut de restitution	Défaut de remémoration d'un savoir ou de manière incomplète
		Défaut de synthèse	Décision inadaptée en dépit d'une formation et d'un raisonnement qui paraissent adaptés
	Procédure de soins	Procédure non réalisée ou inadaptée	Procédure de soins non réalisée ou partiellement (exemples : inobservance ou non-délivrance d'un traitement)
		Défaut de protocole	Protocole de soins défaillant, non à jour ou absent
	Coordination des soins	Défaut de communication	Défauts de communication - autres qu'une défaillance du système d'information
		Suivi absent ou inadapté	Défaut de mise en place d'un suivi ou suivi non adapté
		Absence de rétroaction	Suivi en place, mais non-prise en compte d'un retour d'information ou décision inadaptée

2. *Annexe 2 : Formulaire papier de déclaration des EIAS*

Formulaire EIAS

Date de déclaration :	
Déclarant (initiales) :	
Patient :	
▪ Initiales :	
▪ Date de naissance :	
▪ Sexe :	◯ Féminin ◯ Masculin
EIAS	
Description succincte de l'évènement :	…… ……
Degré de gravité :	◯ Aucune conséquence ◯ Prise en charge ambulatoire ◯ Hospitalisation ou conséquence durable pour le patient
A traiter individuellement :	◯ Oui ◯ Non

Cause principale de l'EIAS (***cocher la case correspondante***) :

Facteurs environnementaux		
Contexte social	*ex : Patient âgé et dément, avec un plan d'aide à la personne inadapté*	
Contexte d'action de soins		
Acte non programmé	*ex : Femme ayant pris un rendez-vous unique, amenant son fils en plus*	
Lieu de prise en charge	*ex : Examen clinique partiel car le patient est vu à domicile*	
Gestion de la charge de travail	*ex : Surcroit de travail par ajout de plusieurs consultations (retard)*	
Elément perturbateur contextuel	*ex : Appel téléphonique pressant le médecin à congédier son patient*	
Système de santé		
Offre de soins	*ex : Avis spécialisé requis, sans spécialiste disponible le week-end*	
Aspect financier ou administratif	*ex : Absence de déclaration "médecin traitant" à la sécurité sociale*	

Facteurs humains **(cocher 1 case par tableau)**					
Lié au patient	*ex : Patient agressif (s'estimant rejeté par son médecin)*	◯		Asthénie	
				Comportement pénible	
				Confusion	
				Défaut d'attention	
Lié au soignant	*ex : Médecin stressé (par une mauvaise nouvelle à annoncer)*	◯		Défaut d'autorité	
				Défaut d'implication	
				Empathie	
				Enervement	
Lié aux autres soignants	*ex : Pharmacien distrait lors de la dispensation d'un traitement*	◯		Honte	
				Impatience	
				Négligence	
				Orgueil	
Lié à un tiers	*Ex : Indiscrétion de la mère d'une patiente à l'égard de sa fille*	◯		Stress	
				Trouble addictif	
				Trouble psychologique	

Facteurs techniques		
Facteurs matériels		
Panne ou indisponibilité	*ex : Panne du serveur informatique du cabinet*	
Défaut d'utilisation	*ex : Plaie du pied suite à l'utilisation inappropriée de matériel de pédicure*	
Systèmes d'information		
Donnée erronée ou manquante	*ex : Absence de courrier de sortie d'hospitalisation d'un patient*	
Défaillance du système de communication	*ex : Lecture d'un résultat d'échographie impossible par internet*	

Processus de soins		
Aspects cognitifs		
Défaut de formation	*ex : Méconnaissance d'une contre-indication oculaire d'un médicament*	
Défaut de restitution	*ex : Interrogatoire insuffisant dans un contexte de risque thromboembolique*	
Défaut de synthèse	*ex : Minimisation d'une insuffisance rénale chronique connue*	
Procédure de soins		
Non réalisée ou de manière inadaptée	*ex : Patient coronarien qui arrête l'hypocholestérolémiant de son propre chef*	
Défaut de protocole	*ex : Rendez-vous donné par la secrétaire pour une urgence - trop tardif)*	
Coordination des soins		
Défaut de communication	*ex : Absence d'appel au médecin par l'IDE (posologie inhabituelle))*	
Suivi absent ou inadapté	*ex : Absence de mise en place d'un suivi d'une uvéite par le spécialiste*	
Absence de rétroaction	*ex : HbA1c très haute sans consultation avant plusieurs mois*	

Annexe 3 : Exemples d'EIAS issus du corpus de cas de l'étude Esprit pour illustrer chaque item de la grille CADYA (14).

Items de CADYA	**Exemples** tirés d'évènements indésirables du corpus de l'étude ESPRIT
Facteurs Environnementaux	
Contexte social	Patient âgé et dément, avec un plan d'aide à la personne inadapté
Contexte d'action de soins	
Acte non programmé	Femme ayant pris un rendez-vous unique, amenant son fils en plus
Lieu de prise en charge	Examen clinique partiel car le patient est vu à domicile
Gestion de la charge de travail	Surcroit de travail par ajout de plusieurs consultations (retard)
Elément perturbateur contextuel	Appel téléphonique pressant le médecin à congédier son patient
Système de santé	
Offre de soins	Avis spécialisé requis, sans spécialiste disponible le week-end
Aspects financiers ou administratifs	Absence de déclaration "médecin traitant" à la sécurité sociale
Facteurs Humains	
Lié au patient	Patient agressif (s'estimant rejeté par son médecin)
Lié au soignant	Médecin stressé (par une mauvaise nouvelle à annoncer)
Lié aux autres soignants	Pharmacien distrait lors de la dispensation d'un traitement
Lié à un tiers	Indiscrétion de la mère d'une patiente à l'égard de sa fille
Facteurs Techniques	
Facteurs matériels	
Panne ou indisponibilité	Panne du serveur informatique du cabinet
Défaut d'utilisation	Plaie du pied suite à l'utilisation inappropriée de matériel de pédicure
Système d'information	
Donnée erronnée ou manquante	Absence de courrier de sortie d'hospitalisation d'un patient
Défaillance du système de communication	Lecture d'un résultat d'échographie impossible par internet
Processus de soins	
Aspects cognitifs	
Défaut de formation	Méconnaissance d'une contre-indication oculaire d'un médicament
Défaut de restitution	Interrogatoire insuffisant dans un contexte de risque thromboembolique
Défaut de synthèse	Minimisation d'une insuffisance rénale chronique connue
Procédure de soins	
Non réalisée ou de manière inadaptée	Patient coronarien qui arrête l'hypocholestérolémiant de son propre chef
Absence de protocole	Rendez-vous donné par la secrétaire pour une urgence - trop tardif
Coordination des soins	
Défaut de communication	Absence d'appel au médecin par l'IDE (posologie inhabituelle)
Suivi absent ou inadapté	Absence de mise en place d'un suivi d'une uvéite par le spécialiste
Absence de rétroaction	HbA1c très haute sans consultation avant plusieurs mois

3. *Annexe 4 : Formulaire simplifié*

Formulaire EIAS

Secrétariat

Date de déclaration :

Patient :

- Initiales :
- Date de naissance :
- Sexe : ◯Féminin ◯Masculin

Problème posé :

……

……

……

……

……

4. Annexe 5 : Questionnaire d'évaluation

1) Vous êtes :

- ☐ Infirmier DE
- ☐ Masseur-Kinésithérapeute DE
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Secrétaire médicale
- ☐ Pharmacien
- ☐ Autre

2) Ce travail de recueil et analyse des EIAS au sein de la MSP vous a-t-il semblé pertinent ?

(0 = Pas du tout ; 10 = Totalement) Cochez une seule case :

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

3) Vous trouvez le programme Excel :

- ☐ Adapté
- ☐ Trop complexe
- ☐ Trop simple
- ☐ Je n'ai pas d'avis

Pourquoi?

……

4) Le recueil des EIAS au sein de la MSP où vous exercez vous a-t-il permis de mettre en évidence des pistes d'amélioration de votre pratique que vous n'aviez pas identifié jusque là ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je n'ai pas d'avis

5) Quel(s) intérêt(s) cette démarche qualité présente-t-elle pour vous ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Amélioration de la culture de sécurité de l'équipe
- ☐ Amélioration de la communication au sein de l'équipe
- ☐ Implication de tous les professionnels sur un même outil
- ☐ Réel bénéfice pour les patients
- ☐ Pointage de dysfonctionnements non évoqués jusqu'ici
- ☐ Dédramatisation de la notion d'erreur
- ☐ Facilite l'élaboration de protocoles pluridisciplinaires dans le cadre des rémunérations au titre du règlement arbitral

☐ Pas ou peu d'intérêt

6) Quels sont les principaux obstacles que vous avez perçus lors de l'étude ? (plusieurs réponses possibles)

☐ Difficulté d'exécution liée au programme Excel

☐ Chronophage

☐ Difficulté d'exécution liée à l'exercice ambulatoire (visites…)

☐ Difficulté de repérage des EIAS

☐ Difficulté pour déterminer la cause principale de survenue des EIAS

☐ Formation lors de la première réunion insuffisante

☐ Difficultés pour rassembler tous les professionnels en réunion

☐ Frein psychologique à aborder les EIAS (peur du jugement, difficulté à la remise en question ou à l'acceptation de ses propres erreurs)

☐ Pas d'obstacle

7) Pensez-vous que la démarche pourra être poursuivie à l'avenir dans l'établissement où vous exercez ?

☐ Oui ponctuellement (sur une période donnée)

☐ Oui en continu

☐ Non

8) Si non, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

☐ Frein organisationnel/logistique

☐ Absence d'indemnisation/reconnaissance en tant que formation (FMC)

☐ Manque de temps

☐ Manque d'intérêt

☐ Manque de culture de la gestion des risques

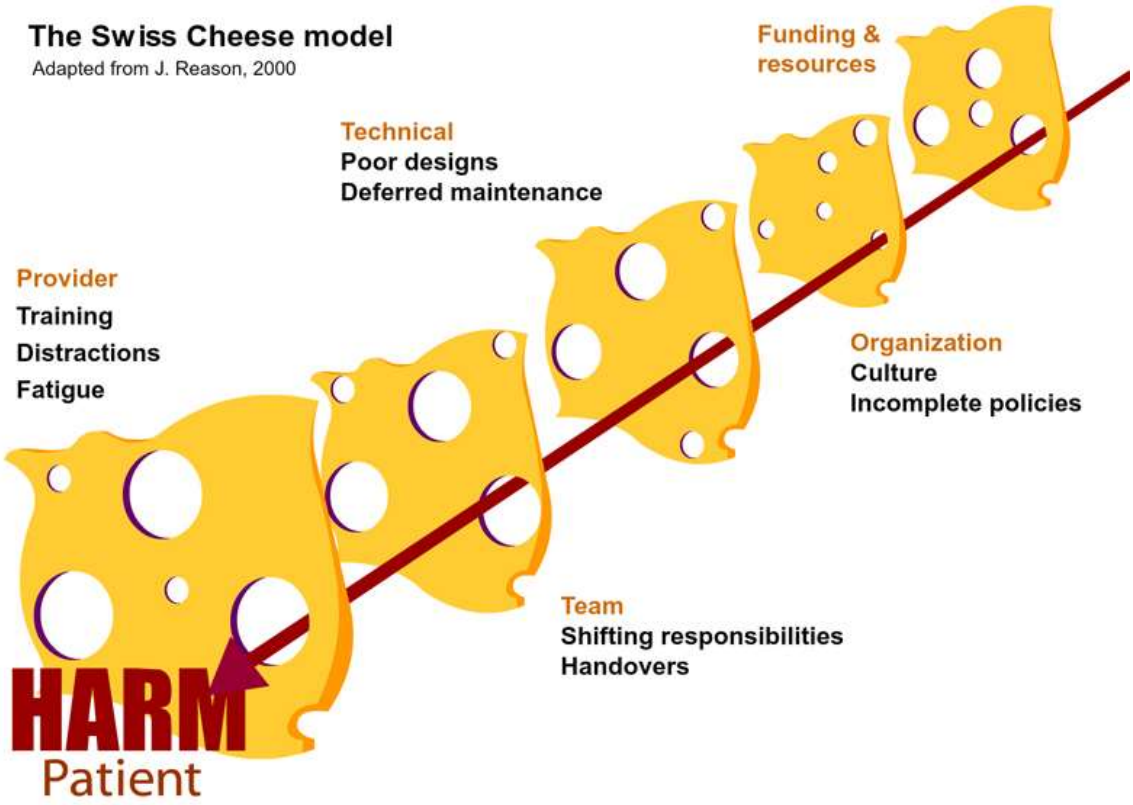
☐ Autre

9) Espace d'expression libre (remarques éventuelles ou pistes d'amélioration) :

……
……

Merci de votre participation.

5. *Annexe 6 : Le Swiss Cheese Model de J. REASON*



RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : La prise en compte des notions de qualité et sécurité des soins par les professionnels de santé semble actuellement insuffisante. Nous nous sommes interrogés sur la possibilité d'intégrer une démarche qualité en maison de santé pluriprofessionnelle, basée sur le recueil et l'analyse des EIAS.

Méthode : Nous avons mis en place cette expérimentation dans 3 MSP lorraines. Un programme Excel® a été créé pour la déclaration des EIAS et de leur cause principale. Une période de recueil de 3 à 4 mois a été suivie de réunions de RMM afin d'analyser de façon collective 2 EIAS dans chaque MSP. Un questionnaire d'évaluation a ensuite été soumis à chaque participant.

Résultats et discussion : Le taux de réponse au questionnaire était de 90% (18/20). Les résultats montraient un paradoxe entre la pertinence perçue de cette démarche (moyenne 7,9/10) et la difficulté de réalisation en pratique (difficulté pour rassembler les professionnels en réunion). Le principal intérêt perçu était l'amélioration de la communication au sein de l'équipe. Les obstacles étaient liés à la difficulté d'exécution du programme Excel®, toutefois bien accepté lorsqu'il était accessible. Les utilisateurs ont également été confrontés à des difficultés de repérage des EIAS et de leur cause principale, ainsi qu'à l'aspect chronophage du travail. La pérennisation de démarches de ce type pourrait être proposée mais plutôt de manière ponctuelle.

Conclusion : La meilleure prise en compte de la qualité des soins au quotidien doit passer par une modification culturelle majeure et par le développement d'outils simples à utiliser en pratique.

TITRE EN ANGLAIS : A quality approach in pluriprofessional primary healthcare centers : collection and analysis of adverse events in healthcare.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2017

MOTS CLEFS : événement indésirable associé aux soins - médecine générale - qualité des soins - sécurité du patient - soins ambulatoires

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de médecine de Nancy

9, avenue de la forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex