

Culture de la sécurité des soins : du concept à la pratique

Pour améliorer la sécurité du patient, la HAS pilote le déploiement d'actions et d'outils destinés aux professionnels de santé, en établissement de santé comme en ville. L'enjeu : favoriser l'émergence d'une véritable culture de sécurité, qui imprègne au quotidien les pratiques de tous les acteurs de notre système de santé.

En France comme à l'étranger, les professionnels de santé exerçant en libéral ou en établissement de santé délivrent aux patients des soins de plus en plus efficaces, avec des possibilités diagnostiques et thérapeutiques de plus en plus fortes. Mais, en contrepartie, les risques liés aux soins se multiplient. En 2009, l'Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (Eneis) a révélé qu'un événement indésirable grave survenait tous les 5 jours dans un service de 30 lits. Les Français en sont conscients. Dans le baromètre « Sécurité des patients et qualité des soins de santé » rendu public par la Commission européenne en avril 2010, près de 4 Français sur 10 affirment qu'eux-mêmes ou un membre de leur famille ont déjà subi ce type de dommage.

Une stratégie en trois volets

L'amélioration de la sécurité des soins est l'une des missions majeures de la Haute Autorité de santé. « Pour y parvenir, la stratégie de la HAS comprend trois volets », précise le Pr René Amalberti, chargé de mission pour la sécurité des soins à la HAS. Le premier volet repose sur la volonté de l'institution d'être au service des acteurs de santé, de façon transversale. « L'amélioration de la sécurité requiert des actions qui coordonnent l'ensemble des outils et des savoir-faire existants », indique le Pr Amalberti. La HAS a cette vision globale. » Elle pilote notamment la certification des établissements de santé et l'accréditation des médecins qui exercent une spécialité à risques.

Le deuxième volet, c'est le développement d'outils. « La sécurité du patient n'est pas une notion facile à intégrer dans les pratiques », souligne le Pr Amalberti. Des supports d'aide et de formation sont nécessaires. » La HAS produit ainsi des guides qui accompagnent la parution de décrets relatifs à la sécurité des soins, pour faciliter leur compréhension et leur application. Elle développe aussi des recommandations de bonne pratique et des guides d'aide à la mise en place d'outils de

gestion des risques comme les revues de mortalité et de morbidité.

Le troisième volet, c'est la mise en place d'actions ciblées sur des thèmes d'amélioration prioritaires. « La check-list au bloc opératoire en est un bon exemple. C'est une priorité en termes de risques. La check-list est un moyen de rentrer de façon rapide et efficace dans la démonstration de l'utilité des actions d'amélioration de la sécurité. Elle permet de changer les mentalités, car là est bien l'enjeu. »

Patience et persévérance

Développer une culture de la sécurité, en ville comme en établissement de santé, exige beaucoup de temps. Dans ce contexte, afficher la sécurité comme une priorité est une nécessité. Le site www.has-sante.fr comporte déjà une rubrique dédiée à cette problématique dans l'espace « Professionnels de santé ». « Nous voulons aller plus loin avec une plate-forme "Sécurité du patient" actuellement en cours de déploiement », signale le Pr Amalberti. Les actions des différents services de la HAS qui concourent à l'amélioration de la sécurité du patient seront ainsi plus repérables. » ■

Qu'est-ce que la culture de sécurité ?

« La culture de sécurité des soins désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins ». Cette définition a été proposée par la Société européenne pour la qualité des soins (*The European Society for Quality in Health Care*, www.esqh.net).

Les enquêtes beaucoup plus rares en ville

Évaluer la culture de sécurité des professionnels de santé est nécessaire pour élaborer des actions d'amélioration. « C'est aussi, en soi, un moteur de progrès », ajoute le Dr Frédéric Villebrun, chef de projet à la HAS. Poser des questions aux soignants sur la sécurité des soins peut modifier leurs perceptions dans ce domaine. »

En passant en revue la littérature internationale sur ce sujet, le Dr Villebrun a constaté que les enquêtes consacrées à la culture de la sécurité étaient beaucoup plus rares en ville qu'en établissement de santé, tous pays confondus. Début 2011, la HAS a donc mené une enquête avec Ipsos, auprès de 500 médecins généralistes, infirmiers et pharmaciens exerçant en ville. Elle révèle que tous sont en attente de formations spécifiques sur la sécurité des patients. Le manque de formations figure d'ailleurs parmi les principaux freins à la pratique d'une analyse systématique des effets indésirables, avec le manque de temps ou encore la crainte d'une action judiciaire des patients.

En chiffres

- 71 % des infirmiers, 62 % des médecins et 59 % des pharmaciens déclarent connaître la définition d'un événement indésirable.
- Un événement indésirable grave est un événement défavorable :
 - survenant chez un patient, quelles qu'en soient la gravité et la nature ;
 - consécutif aux stratégies et actes de diagnostic, de traitement, de soins, de prévention ou de réhabilitation ;
 - s'écartant des résultats escomptés et non lié à l'évolution naturelle de la maladie.

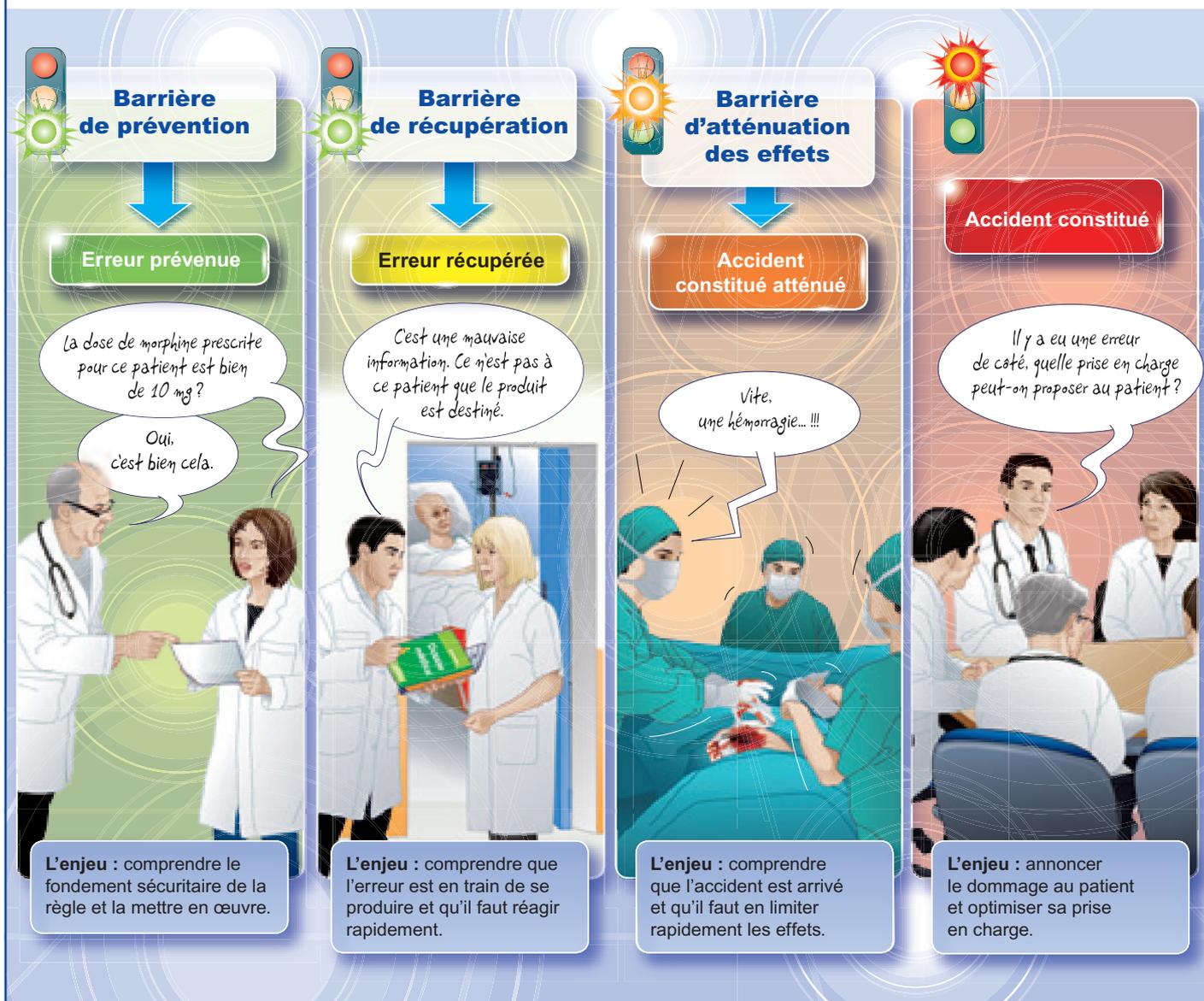
Mieux gérer les risques en établissement

Un guide de mise en œuvre de la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé sera publié par la HAS fin 2011. Il paraîtra en même temps qu'une circulaire d'application du décret n° 2010-1408 portant sur ce thème. Il accompagne une évolution née de la loi HPST : le pilotage de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est géré conjointement par les présidents des commissions ou conférences médicales d'établissement (CME) et les responsables d'établissements.

« La démarche doit être globale et coordonnée depuis la gouvernance jusqu'aux professionnels de terrain. Pour ce faire, le guide apporte des données pour trois niveaux clés (pilotage, coordination, mise en œuvre opérationnelle) », précise le D^r Patrice Roussel, chef de projet à la HAS. Il propose un choix d'outils simples et rapidement accessibles pour conduire un état des lieux, élaborer un programme et conduire les projets, mener des analyses, définir les actions adaptées, les mettre en œuvre, suivre leurs

résultats... Les établissements mènent déjà des démarches d'amélioration de la sécurité dans le cadre de la certification, de l'accréditation des médecins, etc. L'enjeu est, en s'adossant à l'existant, d'aider les établissements à porter un regard nouveau, plus systémique, sur la sécurité des soins. Un document d'information synthétique (8 pages), destiné aux responsables d'établissement et aux présidents de CME, est conçu en parallèle pour accompagner la diffusion de ce guide.

Le concept de barrières de sécurité pour une meilleure analyse des risques en établissement de santé



Vers des revues de mortalité et de morbidité (RMM) pluriprofessionnelles en ville ?

Une revue de mortalité et de morbidité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient. C'est une démarche d'apprentissage par l'erreur et non culpabilisante dont l'objectif est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. La HAS favorise son déploiement auprès des soignants qui exercent en établissement de soins et en libéral. « *En 2010, un groupe de travail a produit un document d'aide à la mise en place de RMM en médecine générale*, indique le D^r Marielle Lafont, conseiller

technique du directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la HAS. *Ce document précise que la RMM est d'autant plus pertinente qu'elle repose sur une analyse à laquelle participe l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge.* » Une expérimentation menée actuellement par le Cepral (Coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en santé en Rhône-Alpes) et la HAS doit permettre d'évaluer la faisabilité et l'efficacité de cette approche pluriprofessionnelle. Les premiers résultats sont attendus pour fin 2012.

La sécurité au cœur de la formation

« *La sécurité est aujourd'hui une exigence omniprésente dans notre société, de l'alimentaire au nucléaire en passant par la santé*, souligne le P^r Jean-Michel Chabot, conseiller médical auprès du directeur de la HAS. *La nouvelle génération d'étudiants en médecine est porteuse de cette valeur citoyenne.* » Cette évolution favorise l'apprentissage de nouvelles pratiques, qui, toutes, intègrent la sécurité. « *Lors de leurs stages, les étudiants participent à des revues de mortalité*

et de morbidité, constate le P^r Chabot. *De même, les internes en chirurgie apprennent à utiliser la check-list qui fait désormais partie intégrante de leur métier.* » Autre technique de plus en plus utilisée dans la formation des étudiants, surtout en chirurgie ou en anesthésie-réanimation : la simulation sur des mannequins automatés. Les gestes médicaux sont réalisés sur des mannequins, programmés, qui simulent les réactions physiques et biologiques comme de vrais patients.

Les soignants en formation apprennent ainsi à analyser leur comportement et à identifier leurs erreurs. À l'initiative de la HAS, le P^r Jean-Claude Granry et le D^r Marie-Christine Moll, du CHU d'Angers, établissent actuellement un état des lieux de la simulation en santé en France et à l'international. Ils doivent formuler des propositions pour favoriser son déploiement, notamment dans le cadre du développement professionnel continu.

Une comparaison pilotée par l'OMS

Dans le cadre du projet de l'OMS *High 5s* « *Agir pour la sécurité des patients* », coordonné en France par la HAS, neuf établissements de santé français évaluent actuellement l'impact de la mise en œuvre d'une pratique standardisée sur la « *prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie* ». Se déroulant sur cinq ans, ce projet inclut une évaluation de la culture de la sécurité, qui s'appuie sur le questionnaire de l'Agence américaine de la recherche hospitalière sur la qualité. « *Fin 2010, sept établissements, accompagnés par le Cepral¹, ont réalisé une première mesure auprès des professionnels qui travaillent dans les services directement concernés – bloc opératoire, chirurgie, obstétrique, anesthésiologie – ou auprès de tous les professionnels de l'hôpital* », témoigne le D^r Anne Broyart, chef de projet à la HAS.

On y apprend que des marges de progression existent sur des dimensions de la culture de la sécurité des soins comme « *les réponses non punitives à l'erreur* » (le personnel n'a pas l'impression que ses erreurs sont retenues contre lui) ou « *le soutien du management pour la sécurité des soins* », par exemple. Cette enquête sera menée à nouveau en 2012 puis à la fin du projet, en 2014, dans des hôpitaux des six pays engagés dans le projet *High 5s* (France, Singapour, États-Unis, Allemagne, Pays-Bas, Australie). « *Nous pourrions ainsi étudier les corrélations entre la qualité de la mise en œuvre de cette pratique et les dimensions clés de la culture de sécurité, mesurer la progression de la culture de la sécurité au sein des établissements et comparer les résultats des hôpitaux français à ceux des autres pays* », conclut Anne Broyart.

Mieux utiliser la check-list

La check-list « *sécurité du patient au bloc opératoire* » a été conçue pour vérifier de manière croisée un certain nombre de critères (identité du patient, type d'intervention...) et pour faciliter le partage des informations au sein de l'équipe médico-soignante avant, pendant et après toute intervention. La check-list, dont l'efficacité a été démontrée de manière convaincante, est devenue une pratique prioritaire exigible de la certification V2010 des établissements de santé. « *Aujourd'hui, la check-list est bien connue des professionnels qui sont convaincus de son efficacité, mais elle n'est pas toujours utilisée*

de manière optimale, résume le D^r Philippe Cabarrot, conseiller à la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la HAS. *Pour améliorer son utilisation, la HAS a fait évoluer avec les professionnels concernés le support lui-même, mais surtout a prévu dans les prochaines semaines un certain nombre d'actions pour favoriser son utilisation et son évaluation.* » Ainsi, des guides sont en cours de finalisation sur ses objectifs, son utilisation et les aspects médico-légaux. Ce programme, qui a pour objectif une meilleure utilisation de la check-list, utilisera les relais du web 2.0.

1. Cepral : Coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en santé en Rhône-Alpes.