

*Synthèse interne
Groupe d'échanges Management de la Gestion des Risques
Associés aux Soins*

Séance du 29 janvier 2018

Rencontres de Sécurité des Soins

Enjeux, méthodes et perspectives

Sommaire

Contexte	3
Méthode.....	3
Participants	3
1. Que sont les rencontres de sécurité des soins ?.....	4
2. D'où viennent-elles ?	4
3. Pour quels objectifs ?.....	5
4. Comment les mettre en œuvre ?.....	5
a. Qui est concerné ?	5
b. Quel périmètre, quelle échelle ?.....	5
c. Quelle périodicité ?.....	5
d. Où se déroulent-elles ?	6
e. Comment les met-on en œuvre, quelle conduite de projet ?	6
5. Recueil d'informations	8
6. Deux exemples de mise en œuvre.....	8
7. Synthèse des points clés retrouvés dans la littérature.....	9
8. Discussion-Echanges	13
9. Conclusion.....	15
10. Abréviations	16
11. Bibliographie	17

Contexte

Le groupe d'échanges « Management de la gestion des risques associés aux soins » existe depuis 2013 et a réalisé différents travaux relatifs à la sécurité des soins : lecture partagée de différents guides, élaboration du guide EasyREX, suivi des expérimentations et de la phase pilote du Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe (PACTE) de la HAS, partage d'expériences sur la formation et la communication en matière de sécurité des soins.

Au cours de ces échanges, le rôle déterminant des managers dans la culture de sécurité des établissements a été maintes fois soulevé, et la question de la mobilisation du management sur les enjeux de sécurité des soins a été inscrite au programme de travail 2018 du groupe. Ceci s'intègre dans les enjeux stratégiques 2018-2022 de QualiREL Santé (« Renforcer la place de la qualité et de la sécurité des soins dans le management des établissements »).

En matière de mobilisation effective du management pour la sécurité des soins, les rencontres de sécurité des soins développées initialement aux Etats-Unis semblaient être une piste intéressante à explorer.

Une synthèse des données disponibles dans la littérature sur les rencontres de sécurité des soins a donc été réalisée afin d'être présentée et débattue au sein de notre groupe d'échanges. Ce travail a été réalisé dans l'attente de la publication par la HAS d'un guide méthodologique sur le sujet. Il s'est agi, pour nous, de nous saisir de la question et de nous préparer à l'incitation future de la HAS de mobiliser la méthode dans nos établissements.

Méthode

Recherche bibliographique :

Les bases de données utilisées ont été : Google Scholar et la Banque de Données en Santé Publique.

La méthode dite « boule de neige » a été utilisée : à partir de quelques articles trouvés sur le thème, une recherche parmi ses références a été faite et ainsi de suite pour d'autres articles.

Les principaux mots clés utilisés ont été : les mots synonymes : 'patient safety walkrounds' – 'safety walkrounds' – 'visites managériales de risques' – 'visites managériales de sécurité'

Au total, 13 articles ont été sélectionnés sur une période allant de 2003 à 2017.

Un tableau (*Cf Tableau Excel*) reprenant tous les articles avec les résultats et mise en place des rencontres de sécurité des soins a été élaboré en sachant qu'il y a des revues de la littérature (qui se prêtent mal à la synthèse en tableau).

Cette synthèse bibliographique a été présentée et débattue en séance de travail du groupe d'échanges Management de la Gestion des Risques Associés aux Soins, le 29 janvier 2018.

Participants

Recherche bibliographique et synthèse

Mélissa MARTIN, Interne de Santé Publique, QualiREL Santé

Analyse et mise en perspectives

Mélissa MARTIN, Interne de Santé Publique, QualiREL Santé

Hélène ABBEY, Médecin de Santé Publique, Chargé de missions QualiREL Santé

Noémie TERRIEN, Coordinatrice QualiREL Santé

Participants à la séance

Lucie CAZET, Médecin assistant, Coordination de la gestion des risques associés aux soins, CHU Nantes

Florent COTE, Chargé de missions, QualiREL Santé

Soazig COUE, Responsable qualité, CH St Nazaire

Coralie GONDRET, Médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, CHU Nantes

Amélie GUIBERT, Ingénieur qualité/gestion des risques, CH Côte de Lumière

Pascaline LE GUELLEC, Responsable qualité/gestion des risques, Clinique Brétèche

Véronique POUZET, Responsable qualité, La Chimotaie

Odile TOUSSAINT, Responsable qualité, UGECAM-BRPL

1. Que sont les rencontres de sécurité des soins ? ^[1]

Les « Patient Safety Leadership Walkrounds » ou encore les « Safety Walkrounds » décrits par A Frankel ^[1, 2] sont traduites dans la littérature française en **Rencontres de Sécurité des Soins**. Ce terme est jugé plus adapté en France ^[3, 4] que la traduction littérale de ‘visites hiérarchiques de sécurité’ ou ‘visites managériales de risques’.

Ce sont des visites de la Direction au plus proche du terrain et avec les professionnels de santé concernés pour discuter de la gestion et la prévention des risques associés aux soins. Ces rencontres se déroulent dans une ambiance non culpabilisante afin d’améliorer la culture de sécurité des deux côtés et ainsi améliorer la qualité et surtout la sécurité des soins.

On entendra dans ce document par Direction, les hauts niveaux de hiérarchie, c’est-à-dire la Direction Générale (et les membres du Directoire), la Direction des Soins et le Président de CME (ainsi que les membres du bureau et/ou de la CME).

A noter que nous avons également retrouvé dans la littérature le terme de ‘Executive walkrounds’ ^[5] ou ‘Patient Safety Executive Walkrounds’ ^[6].

2. D’où viennent-elles ?

C’est dans l’entreprise Toyota au Japon avant les années 1950 que les ‘Gemba Walks’ sont apparus pour la première fois : les managers de haut niveau se rendent dans les lieux de production pour interroger les salariés sur leurs pratiques et organisations, en montrant du respect pour leur travail ^[7].

Cela est repris par l’entreprise Hewlett Packard aux Etats-Unis dans les années 1950 sous forme de ‘Management by Walking Around’ selon le même principe.

La méthode est ensuite appliquée dans le nucléaire après l’accident de Three Mile Island aux Etats-Unis en 1979, ou encore dans l’aviation notamment après le crash de Round Hill ^[1].

La première utilisation de cette méthode dans le système de santé datant de 1990 ^[8] n’a pas reçu le succès escompté. C’est le D^r Allan Frankel qui développe et popularise cette méthode avec de nombreuses publications au début des années 2000 (sur des tests faits à la fin des années 90) ^[1, 2, 9].

Elle a été mise en œuvre dans plusieurs pays (USA, Royaume-Unis, Irlande). Cette implantation se fait majoritairement avec des guides de pratique et à grande échelle ^[3]. Des expérimentations ont été menées notamment au Canada, en Allemagne, aux Philippines et à Singapour.

En France, cette méthode n’est en place que dans le secteur de l’industrie lourde ^[10]. Des essais d’implantation ont été effectués avec l’aide du CEPRAAL (SRA homologue à QualiREL Santé) en Rhône-Alpes-Auvergne ^[7] en 2017.

La HAS prépare un guide et des outils méthodologiques des ‘rencontres sécurité du patient’ pour 2018 afin d’aider les établissements qui le souhaitent à déployer cette méthode. L’écriture du guide s’appuie sur une expérimentation menée dans 13 établissements français volontaires en 2017 ^[4].

3. Pour quels objectifs ? ^[1, 10]

Deux objectifs sont considérés comme principaux dans la littérature et sont :

- **Démontrer au personnel l'implication des dirigeants** dans la qualité et la sécurité des soins et la priorité donnée à cette thématique (seule méthode dédiée à cet objectif ^[3]),
- **Améliorer et promouvoir la culture de sécurité** en établissant des axes de **communication interprofessionnelle** ^[3].

D'autres objectifs secondaires sont retrouvés :

- Sensibiliser tous les professionnels (cliniciens et managers) à la sécurité des soins,
- Identifier les améliorations possibles et celles déjà mises en place afin de les valoriser,
- Encourager la déclaration des EIAS et EPR dans une ambiance de non punition et de culture positive/juste de l'erreur,
- Fournir un retour continu aux personnels de terrain sur le suivi de leurs déclarations et les actions mises en place,
- Permettre aux équipes dirigeantes d'avoir des informations sur les EI directement.

4. Comment les mettre en œuvre ? *Adapté des publications de A Frankel* ^[1, 2]

a. Qui est concerné ?

L'équipe qui visite

Le « noyau de l'équipe » correspond à : un membre du top management, le coordonnateur sécurité patient¹, un membre du service qualité, le pharmacien assigné au service visité (dans le modèle américain) et un assistant de recherche (dans le cadre des recherches). Le membre du service qualité organise la rencontre et guide les visites.

Il est nécessaire de prévoir une personne qui prend des notes.

L'équipe visitée

L'ensemble du personnel est invité à participer, quelle que soit leur profession. L'idéal étant qu'ils soient prévenus à l'avance, pour moins d'effet de surprise, et qu'ils puissent préparer des questions. Il est possible de prévoir un roulement du personnel pour la permanence des soins.

Il est recommandé par certains ^[10] que l'effectif des dirigeants ne dépasse pas celui des professionnels de terrain, ce qui paraît logique pour ne pas avoir une impression de contrôle.

Certains auteurs évoquent la possibilité d'inclure une visite d'un ou plusieurs patients pour recueillir leur ressenti, mais il n'a pas été retrouvé d'exemple de mise en œuvre ni de conduite de projet ^[2].

b. Quel périmètre, quelle échelle ?

Cette méthode est initialement développée à l'échelle de l'établissement ^[1], la Direction visitant plusieurs services un jour donné. Certains l'ont développé à plus petite échelle pour tester la méthode dans un service ^[11].

c. Quelle périodicité ?

Il n'y a pas de périodicité définie si ce n'est que chaque service doit bénéficier d'une rencontre de sécurité des soins au moins une fois par an.

Pour ce qui est du groupe de Direction qui rencontre les professionnels, certains parlent de rencontres hebdomadaires, d'autres mensuelles. Le groupe se déplace un jour donné sur plusieurs services pour effectuer

¹ Poste créé qui semble être inclus dans le service qualité et gestion des risques. Cette personne doit participer à toutes les rencontres organisées au sein de son établissement, cela suppose donc du temps. C'est le référent sécurité du patient. Il est suggéré que cette personne ait un doctorat en psychologie dans les établissements de grande taille ^[1, 10].

plusieurs rencontres. C'est un choix à pondérer en fonction de la taille de l'établissement et du nombre de services à visiter.

Dans la littérature, les auteurs s'accordent à dire que ces visites doivent être **REGULIERES** et sans annulation. Idéalement les rencontres doivent s'organiser à différents moments de la prise en charge (journée, soirée, nuit) afin de rencontrer les différentes équipes.

d. Où se déroulent-elles ?

Ces rencontres se déroulent dans les services, en salle de soins par exemple. Ce sont des « réunions de couloir », il faut être au plus près du terrain et des conditions de travail. Certains auteurs évoquent une visite du service avant de débiter la rencontre.

Elles peuvent avoir lieu dans tous services prodiguant des soins et prenant en charge les patients. Certains incluent également des services comme les laboratoires, la pharmacie, les blocs opératoires, ou encore les services techniques et logistiques.

e. Comment les met-on en œuvre, quelle conduite de projet ?

Un des prérequis à la mise en œuvre de la démarche peut être la rédaction d'une charte de fonctionnement, explicitant le déroulement des rencontres. Celle-ci permet également de réaffirmer le caractère non punitif de cette démarche et d'insister sur la culture positive/juste de l'erreur.

Exemple de charte de fonctionnement ^[10] :

- Les dates et lieux des rencontres devront être déterminés à l'avance,
- Un plan annuel de rencontres couvrant l'intégralité des zones de soins sera développé, aussi tous les services participants et leurs chefs et cadres seront informés de la rencontre avec un délai minimal de trois mois,
- Celles-ci auront lieu à une fréquence allant de une par semaine à une par mois,
- Une rencontre programmée ne saurait être annulée par l'équipe dirigeante, sauf circonstances exceptionnelles. En cas d'absence du cadre dirigeant initialement prévu pour la rencontre, celui-ci cherchera à se faire remplacer par un autre cadre,
- Ce principe s'applique également au service visité. Dans le cas où une annulation serait inévitable, celle-ci devrait être reprogrammée pour la même semaine,
- Les rencontres ne devraient pas dépasser une heure,
- Les rencontres se tiennent à proximité immédiate du service de soins,
- Le contenu des conversations est confidentiel et toute information pouvant être partagée au bénéfice d'autres services ne saurait l'être sans le respect de l'anonymat de son auteur,
- L'institution aura à cœur d'encourager ses personnels à discuter ouvertement des questions de sécurité sans peur de subir des reproches et de féliciter ceux-ci lorsque des bonnes pratiques sont identifiées.

La mise en œuvre en elle-même s'organise en **4 temps** :

→ Préparation des rencontres :

Il est préconisé de faire une **évaluation** de la culture de sécurité en amont afin de pouvoir évaluer la technique à distance et voir les progrès des équipes. Une possibilité est aussi d'évaluer la perception des équipes et des dirigeants sur la sécurité et l'engagement de la Direction, évaluer le taux de déclaration des EIAS, etc. Le tout est de choisir au moins un indicateur que l'on peut suivre et réévaluer.

Une prévision du **calendrier annuel** doit être faite, avec toutes les visites du groupe Direction prévues. Il est nécessaire d'informer les services à l'avance. Certains préconisent que les services doivent être prévenus minimum 3 mois à l'avance avec un rappel une semaine avant la rencontre. Un rappel pour les dirigeants est envoyé 4 jours avant ^[3].

Vingt-quatre heures avant la rencontre, le cadre est invité à discuter avec ses équipes des questions pouvant être posées lors de la rencontre afin que chacun puisse y réfléchir et permettre une discussion plus fluide et ouvrir la possibilité d'autres questions durant les rencontres.

→ La visite/rencontre :

La visite doit durer **1 heure** maximum. Elle peut débuter par une visite du service (facultatif).

La Direction explique d'abord le but de ces visites, le déroulement et insiste sur le fait que la parole doit être libre et **sans jugement**. Les professionnels qui parlent d'éventuelles erreurs doivent être assurés de ne pas être sanctionnés en retour (c'est une discussion commune avec un but commun : améliorer la sécurité du patient). C'est ce que l'on appelle la « Culture positive/juste de l'erreur ». Cela peut être inscrit dans la charte de fonctionnement de ces rencontres (comme vu précédemment).

Les membres de la Direction ainsi que celui du service qualité posent plusieurs questions ouvertes (*cf exemples en 6.*) et tout le monde est invité à prendre la parole, une allocution assez courte par personne afin que chacun puisse participer. Ce doit être une discussion entre tous les participants. Les membres de la Direction ne doivent pas monopoliser la parole.

Les professionnels qui avaient prévu des questions sont invités à les poser en se rappelant que le thème des visites est la sécurité du patient (ce n'est pas un temps de revendications).

A la fin de la rencontre, la Direction remercie le personnel et fait un résumé des problèmes abordés. Si ce n'est pas la première visite de ce service, il y a une possibilité de faire un point sur les visites précédentes, les actions menées, etc.

Un secrétaire prend des **notes anonymes** (sauf si le soignant souhaite un retour directement).

→ Débriefing Direction – Service Qualité :

A la suite immédiate de la rencontre, le groupe Direction et le membre du service qualité débriefent. Il y a une mise en ordre des notes prises lors de la rencontre et une catégorisation des risques réalisée le plus souvent selon le modèle de Charles Vincent^[12] (équipe, individuel, patient, matériel/équipement).

Il y a une réflexion sur la résolution des problèmes (court, moyen ou long terme) avec l'élaboration (si possible) d'un **plan d'actions/d'engagements** au moins pour les actions à court terme. Une discussion plus poussée entre la Direction et le service qualité est nécessaire pour les actions à moyen et long terme.

Un **compte rendu** est adressé aux participants de la visite dans la semaine qui la suit (ce qui suppose une feuille où les professionnels pourront remplir une adresse mail. Une restitution dans l'équipe peut être faite via le cadre du service).

La **COMMUNICATION** autour des rencontres de sécurité des soins par plusieurs moyens est primordiale. En interne via des moyens comme l'intranet mais aussi en externe en publiant, en communiquant lors des congrès, en présentant un REX dans d'autres établissements etc.

Il est possible de créer un comité de sécurité qui organise des réunions régulières (ouvertes à tous les personnels de l'établissement) pour exposer les retours des rencontres de l'établissement, proposer un retour d'expériences d'autres établissements, assurer le suivi des actions menées et réaffirmer la culture positive/juste de l'erreur, la prévention des risques et la sécurité du patient^[1].

→ Evaluation et suivi :

Une mesure à distance peut être réalisée avec la même méthode que lors de la phase 1 (culture de sécurité, perception des participants, taux de déclarations des EIAS, etc.).

Une des priorités est de suivre les actions menées et faire des retours aux personnels régulièrement.

5. Recueil d'informations

Voici quelques exemples de questions à poser lors des rencontres. Il peut être utile de fournir un script aux dirigeants, notamment au début de l'implantation de la méthode ^[1, 2, 5, 6].

- Avez-vous pu prendre soin de vos patients cette semaine aussi bien que vous l'auriez voulu ? Si non pourquoi ?
- Pouvez-vous dire comment la communication entre les soignants améliore ou réduit la sécurité du patient dans votre unité ?
- Pouvez-vous décrire la capacité de votre unité à travailler en équipe ?
- Y a-t-il eu des « presque accidents » ces derniers jours ?
- Y a-t-il quelque chose que nous pouvons faire pour prévenir le prochain accident ?
- Que pensez-vous que cette unité pourrait faire régulièrement pour améliorer la sécurité ? Par exemple, serait-il possible de discuter de préoccupations en matière de sécurité, par exemple, des patients ayant le même nom, des incidents évités de justesse, etc., pendant la visite ?
- Quand vous faites une erreur, la déclarez-vous toujours ?
- Quand vous empêchez une erreur de se produire (presque accident), la déclarer-vous toujours ?
- Lors de vos signalements d'effets indésirables associés aux soins ou presque accidents, êtes-vous préoccupé par les conséquences personnelles de ce signalement ?
- Savez-vous ce qui arrive à vos signalements ? Que devient l'information envoyée ? Comment pensez-vous qu'elle pourrait être utilisée ? Avez-vous déjà eu un retour d'une FEI ?
- Avez-vous développé une (des) habitude(s) pour diminuer le risque dans votre pratique ? Lesquelles ?
- Avez-vous déjà discuté, avec un patient et/ou sa famille, de problèmes de sécurité des soins ?
- Des patients ou leur famille vous ont-ils déjà parlé de problèmes de sécurité des soins ?
- Quelle intervention de la Direction pourrait selon vous faire que votre travail soit plus sécurisé ?
- Comment améliorer l'efficacité des rencontres de sécurité des soins ?
- Pouvez-vous citer au moins un évènement indésirable associé aux soins dans les jours passés qui a eu pour conséquences la prolongation de l'hospitalisation d'un patient ?
- Quelles ont été les barrières qui ont empêché de déclarer l'EI ?
- Qu'est ce qui pourrait améliorer la conscience de sécurité ?
- Quels aspects de l'environnement du service pourraient causer le prochain préjudice au patient ?
- Pouvez-vous citer un dysfonctionnement qui vous amène systématiquement à faire une erreur ?

6. Deux exemples de mise en œuvre

1) A *Boston* (USA) au début des années 2000 ^[1]:

Cet exemple concerne un hôpital universitaire (au sein d'un groupe de 9 hôpitaux), qui possède 700 lits.

En 2001, une équipe 'Sécurité Patient' est créée au sein de l'établissement composée de : un médecin, un responsable de la sécurité des patients, un pharmacien et un assistant de recherche. Cette équipe est intégrée au service qualité.

La Direction qui participe est composée du DG, du président de CME, du directeur des soins et du directeur des soins infirmiers (*qui sont différents aux USA*).

Chaque rencontre se fait avec l'équipe 'Sécurité Patient' au complet et un des membres de la Direction. Les rencontres ont lieu une fois par semaine et le groupe visite plusieurs services le même jour.

Entre le printemps 2001 et septembre 2002, 47 rencontres ont eu lieu dans 48 services différents, ce qui fait presque tous les services de l'établissement. Au total ce sont 432 commentaires individuels qui sont reportés au sujet des EIAS durant les rencontres. Parmi cela, 17 avaient une priorité de plus de 25 (EI mineur ou peu fréquent), 10 avaient plus de 40 (EI fréquent ou avec traitement important).

2) En *France* en 2017 ^[7] :

L'expérimentation de la méthode est réalisée par le CEPRAAL en Rhône Alpes pendant un an dans 11 établissements de la région (des établissements publics, privés à but lucratif et non lucratif). Ils ont entre 100 et 400 lits, 8 d'entre eux avaient une activité Médecine-Chirurgie-Obstétrique, 9 un Soins de Suite et Réadaptation et 7 une activité EHPAD.

Chaque directeur a conduit en moyenne 4,2 rencontres. Au total ce sont 30 services qui ont participé.

7. Synthèse des points clés retrouvés dans la littérature

Mise en œuvre

Plusieurs expériences internationales ont été retrouvées mais une seule en France. Des revues de littérature françaises posent les mêmes questions de faisabilité et d'acceptabilité ^[3, 10]. Nous sommes en attente des résultats de l'expérimentation HAS.

Type d'établissements : Etablissements académiques (type CHU) pas d'extrapolation à des établissements plus petits ou privés, pas non plus de tests effectués, sauf dans l'expérimentation française ^[7].

Qui propose les rencontres ? : ce sont généralement des projets proposés par le groupe puis les directeurs volontaires adhèrent.

Combien de temps cela a-t-il duré ? : de mensuel pendant 3 mois à hebdomadaire pendant 18 mois. Il existe une variabilité de durée de mise en œuvre ^[3].

Nombre de services visités : 47 visites pour 48 services pendant 1 an et demi ^[1], 23 unités visitées chacune 3 fois pendant 3 mois ^[5], 29 visites dans l'hôpital A et 29 autres dans l'hôpital B (24 en journée et 5 en soirée) pendant un an et demi ^[6]. Il existe une large variabilité des services visités en fonction du périmètre d'étude.

Variantes retrouvées des rencontres sécurité des soins

- Adop-a-unit : Une équipe de Direction fixe pour chaque service. C'est toujours la même équipe de Direction qui visite les mêmes services. Cela permet de créer des liens et ainsi voir les problèmes plus complexes au sein des services. Cela permet aussi d'avoir une vision restreinte en unité/service et non plus en établissement ^[13].
- Programme de surveillance complet : Cette méthode reporte des informations non reportées par d'autres méthodes et est donc un complément. Ne compter que sur cela nuirait à la performance dans la gestion des risques. Des rondes de communication peuvent également être faites sur des sujets spécifiques ^[13].
- Rencontres sans manager : Rencontres intra-service soutenues par la Direction mais menées par le personnel ou le cadre du service dans le même esprit et la même organisation. Augmentation du nombre de professionnels sachant comment déclarer les EIAS au fil des rencontres. Cette variante permet d'identifier et résoudre des problèmes de sécurité directement important pour les professionnels ^[11, 13].

Quelle intégration dans le dispositif de gestion des risques en place ?

C'est un complément et ne remplace pas les autres méthodes déjà en place pour améliorer la sécurité des soins ^[6].

Cette méthode peut faire ressortir des problèmes non vus par d'autres méthodes ou considérés comme résolus ou ignorés ^[7, 13]. Elle est la seule méthode dédiée à démontrer la mobilisation de la Direction dans l'amélioration de la sécurité des soins et des patients ainsi que dans la communication avec la hiérarchie ^[3].

Toutefois elle ne peut expliquer à elle seule l'amélioration de la culture de sécurité ou la perception de l'engagement de la Direction ^[3].

Outils, formation *(Fournis dans les articles ou lors des rencontres)*

- Charte de fonctionnement ^[10]
- Base de formation au sujet de la sécurité des soins, qui s'avère nécessaire pour le groupe des dirigeants, mais aussi une formation pratique des rencontres ^[5, 6]
- Liste de questions à poser pendant la rencontre ^[1, 2, 5, 6, 11]
- Exemples de phrases d'introduction et conclusion ^[1, 6]
- Grilles de recueil de données et de suivi
- Questionnaire SAQ ^[14] : évaluation de la culture sécurité ^[5]
- Logiciel de bases de données adapté
- Documents pour la communication

En attente des outils fournis par le guide HAS (2018)

Types de risques identifiés lors des rencontres *(exemples)*

- Infrastructure surtout (équipement, environnement de travail, fournitures, installations), mais ce sont des actions facilement mises en place ^[11, 13]
- Travail en équipe et communication (surtout interprofessionnelle) ^[1, 11]
- Circuit du médicament ^[1, 5, 11]
- Transport des patients ^[5, 11]

Actions mises en place *(exemples)*

- Installation de portes électroniques en soins intensifs ^[1]
- Investigations des retards en radiologie et temps de transport des patients ^[1]
- Achat d'un ascenseur mécanique pour patients obèses ^[1]
- Formations mises en place aux urgences ^[2]
- Maintenance et réparations ^[2]
- Modification du protocole de douleur thoracique à faible risque ^[2]

Bénéfices attendus

- Montrer l'implication et la priorisation du management pour cette thématique et ainsi engager une discussion interprofessionnelle sur ce sujet ^[13]
- Améliorer la culture sécurité de tous les participants
- Meilleure vision de la sécurité du patient et du programme institutionnel à ce sujet, des deux cotés ^[13]
- Meilleure déclaration des EIAS (si le personnel est assuré de ne pas avoir de sanction, sinon perte de la confiance)
- Meilleures relations direction-personnels ^[13]
- Amélioration de la qualité de vie au travail et du moral des professionnels, sentiment de reconnaissance des soignants ^[13]
- Identification de nouvelles problématiques non posées par d'autres méthodes avant (ou non reconnues, ignorées ou considérées comme déjà résolues). Problèmes non identifiés par les initiatives nationales (trop centrées sur les pratiques fondées sur les preuves) ^[6, 13]
- Actions mises en place plus rapidement (car pas d'intermédiaires entre déclarant et preneurs de décision)
- Diminution des coûts dus aux EIAS (si diminution des EIAS). Donc amélioration de l'efficacité de l'ES ^[13]
- Formation continue des professionnels
- Une base de données (informatisée de préférence) reportant tous les EIAS et EPR permettraient de faire des statistiques par service, par thème, etc et de suivre les actions mises en place
- Mécanisme peu coûteux d'amélioration comparé à d'autres

Impact sur le personnel

- Amélioration de la culture sécurité ^[5, 6, 7, 9, 15]
- Amélioration du taux de déclaration des EIAS ^[6, 7]
- Meilleure organisation de service
- Les personnels sont plus ouverts pour parler de sécurité ^[13]
- Les personnels se sentent plus reconnus par la direction ^[3, 13]
- Meilleur moral des professionnels donc une meilleure qualité de vie au travail ^[13]

Impact sur la Direction

- Meilleure compréhension et sensibilisation des dirigeants sur les problèmes de sécurité. Notamment des informations inconnues, ignorées ou présumées résolues par la direction
- Meilleur soutien des efforts fournis par tous pour l'amélioration de la sécurité des soins (par la prise de conscience)

Facteurs de réussite *(facteurs engageant la Direction et les participants ^[1, 3, 13])*

- Niveau élevé d'exposition = le plus de professionnels possibles participants = relation dose-effet
- Réception par un professionnel du retour d'une action mise en place à la suite d'une proposition de sa part lors d'une rencontre
- Dirigeants prêts à rencontrer le personnel régulièrement, engagés (soutien hiérarchique de la méthode)
- Les dirigeants doivent être à l'écoute, sans jugement et doivent savoir/apprendre à communiquer avec le personnel, ne pas trop contrôler la conversation et ne pas se mettre trop en avant
- Comprendre que la rencontre n'est pas un moment de contrôle et de surveillance des équipes (côté Direction), ni un lieu de revendications (côté personnels)
- Volonté des équipes à reporter des problèmes de sécurité, se sentir en confiance pour en discuter. Plus probable lorsqu'ils sont assurés de ne pas être sanctionnés lors des remontées d'informations (à mettre dans la charte ?)
- Infrastructure de soutien avec une vraie gestion de projet, capacité de planification, des outils à disposition, une base de données mise à jour, un suivi des actions, etc. Ainsi que de la communication autour du sujet
- Dirigeants ayant une expérience en tant que soignant = meilleure compréhension de la thématique

Limites, difficultés, contraintes ^[3, 7, 13, 15]

- Beaucoup de problèmes reportés ne sont pas des EIAS ou EPR ou non en rapport avec la sécurité des soins, risque de revendications du personnel (la direction doit y être préparée et recadrer la rencontre)
- Risque de ne reporter que de petits problèmes par manque de communication ou peur de communiquer notamment entre les professions, peur de dire quand on fait une erreur, peur de la sanction
- Risque que les dirigeants ne prennent en compte uniquement les erreurs humaines du côté paramédical/médicale (décharge)
- Risque que les dirigeants soient frileux de reporter des problèmes d'infrastructures si leur résolution demande un investissement financier
- Si des problèmes rapportés par les équipes ne sont pas pris en compte, risque de frustration et donc de perte d'adhésion de la part des personnels
- Peu d'effet boule de neige chez les professionnels n'ayant pas participé aux rencontres
- Maintenir un rythme de rencontres régulier et sans annulation
- Soutien de la Direction indispensable dans le changement pour la culture positive de l'erreur et de la déclaration = Priorité institutionnelle sinon échec

- Participation de plusieurs médecins. L'idéal étant d'avoir au moins un médecin qui y croit beaucoup pour appuyer la démarche dans le service
- Manque de TEMPS, difficultés à réunir plusieurs acteurs de métiers différents dans un service par la charge de travail. Pour toucher le maximum de personnes varier les horaires de visites. Manque de temps aussi coté direction
- Outils à disposition et organisation (quelqu'un doit s'en charger : service qualité ?)
- Plutôt des petites actions menées
- Redondance avec d'autres méthodes ou trop de projets en cours
- Risque que les cadres intermédiaires se sentent court-circuités. Besoin de les impliquer notamment dans l'organisation des rencontres.

Acceptabilité, perception

- Faisable pour la Direction de maintenir des rencontres régulières ^[13]
- Pas de résultats sur les couts de l'implantation de cette méthode ^[13]
- En terme de temps, dans l'expérience française ^[7], chaque directeur a effectué 4.2 rencontres donc ce qui fait environ 4h15 uniquement de temps de rencontre.
- En amont il est indispensable de préparer ces rencontres et en aval de faire un débriefing et suivre les actions menées.

8. Discussion-Echanges

La méthode présentée au groupe d'échanges Management de la Gestion des Risques Associés aux Soins a suscité de l'intérêt auprès des participants.

D'après cette revue de la littérature, cette méthode est adaptable dans nos établissements. Mais elle est à mettre en œuvre avec précaution et dans un premier temps avec des personnes motivées et ouvertes au changement. La HAS devrait sortir un guide en 2018 sur ce sujet ce qui conforte la possibilité d'importer cette méthode dans nos établissements.

Intérêts des membres du GE MGDRA

Il a été dit que « l'impact positif sur les professionnels de santé paraît évident », notamment dans l'amélioration de la reconnaissance de ceux-ci par la Direction. Mais aussi dans la communication professionnels-Direction qui semble être importante pour tous les participants. Dans le contexte de « faire évoluer les outils et les démarches qualité », cette solution paraît intéressante.

Des doutes ont été émis au sujet de l'intérêt de cette méthode dans « l'identification des risques et EIAS ». En effet, cela va-t-il réellement identifier de nouvelles choses par rapport aux autres méthodes ? Certes des articles sélectionnés évoquent le fait que des risques ont été identifiés qui ne l'ont pas été par d'autres moyens mais ils ne précisent pas d'exemples ^[6, 13]. L'identification des risques et EIAS n'est qu'un objectif secondaire, nous rappelons que les principaux objectifs sont d'améliorer la culture de sécurité et montrer l'engagement de la Direction dans la thématique de sécurité des soins. Les rencontres de sécurité des soins sont donc un moyen de les atteindre mais également, et nous insistons sur cela, d'établir une communication entre la Direction et le personnel.

Place de la méthode

Une des questions posée à ce sujet est de savoir si cette méthode permettrait de « mettre à jour le compte qualité, est-elle une source d'information pour alimenter le compte qualité » ? Des précisions seront potentiellement apportées lors de la sortie du guide de la HAS prévu en 2018 sur ce thème. Cette méthode permet d'être une source d'information supplémentaire mais ne peut se substituer aux autres sources déjà existantes.

Cette méthode rentre dans le cadre général des visites de risques ^[3]. Un parallèle a été fait avec la démarche patient-traceur de la HAS déjà en place et intégrée dans la certification.

Faisabilité

Cette méthode déjà bien présente dans les pays anglo-saxons, en particulier aux Etats-Unis, est théoriquement implantable en France. On peut tout de même se poser la question de la faisabilité : sommes-nous prêts ? Le contexte actuel est-il propice et favorable ?

En effet « les directeurs ont beaucoup de contraintes notamment financières » et ne pourront pas valider toutes les améliorations qui seront proposées. Tous les directeurs « ne sont pas prêts à rencontrer le personnel dans un contexte de revendications possibles et de méfiance envers la Direction ». Il a été dit également que « tous les directeurs n'étaient pas en capacité de mener ces rencontres notamment car la culture de sécurité des dirigeants n'est pas égale partout » ni forcément très développée.

D'où l'importance d'évaluer les différentes équipes et de proposer des formations pour les dirigeants avant l'implantation.

Il a été noté que les directeurs devraient pouvoir « dire lorsqu'un problème soulevé a bien été entendu mais que les solutions - idéales - ne peuvent être mises en œuvre dans le contexte local ». Cela est une « marque de courage et de transparence ». Les professionnels sentiraient qu'ils ont été entendus même si le problème n'est pas réglé, « ils ne seraient pas laissés dans le flou et se sentiraient pris en compte malgré tout ».

D'où une question soulevée : Est-ce qu'une mise en place à l'échelle de l'établissement est forcément la solution dans un premier temps ? Peut-être serait-ce possible de mettre en place ces rencontres uniquement

dans quelques services volontaires au sein de l'établissement ? Il est préférable de « ne pas être trop ambitieux dès le début ».

D'autres questions ont été posées au sujet de la mise en place des actions et leur suivi, « que vont devenir les actions à long terme et qui va s'en charger ? Recenser les problèmes est une chose mais il faut pouvoir mettre en place les actions derrière, cela est souvent compliqué » (financièrement, temps, charge de travail, etc.). Suite au plan d'action élaboré rapidement après la rencontre, il y a 3 niveaux d'actions.

Les actions à court terme qui doivent être mises en place rapidement, directement par le directeur ou le service qualité. Il est possible également de déléguer aux personnes concernées, notamment aux cadres de proximité, cadres de service et les équipes qui sont compétents sur les actions de service. Cela permettra de les impliquer dans la démarche ce qui peut être un levier.

Pour les actions à moyen ou long terme, une analyse plus poussée en partenariat avec le service qualité doit être prévue.

Leviers

Lorsqu'un « problème soulevé à bien été entendu mais n'a pas de solution, le directeur doit pouvoir le dire ». Les professionnels sentent qu'ils ont été entendus même si le problème n'est pas réglé.

Cette nouvelle démarche devra être implantée avec précautions afin d'atteindre le plus possible les objectifs et pouvoir mesurer un réel impact sur la sécurité des soins. Son déploiement doit donc être progressif (privilégier des implantations réussies plutôt que trop d'implantations). Il doit être « basé sur le volontariat des équipes » qui se sentent prêtes (« questionnaires de maturité, auto-évaluation des managers, enquête d'opinion des professionnels » ?).

Le groupe d'échanges s'accorde unanimement à dire que dans le cas d'une mise en place à l'échelle d'un établissement « il faut absolument un portage institutionnel, sans quoi il n'est pas nécessaire de s'engager dans une telle démarche ».

Le fait que la Direction se déplace dans les services peut être un levier pour les équipes pour se rendre disponible (sentiment de reconnaissance).

Impliquer les cadres de proximité dans la mise en place des actions d'amélioration peut être également un levier.

D'ailleurs il a été rappelé que « les axes 'implication du management' et 'travail en équipe' sont des axes de la certification et que cette nouvelle démarche de rencontres de sécurité des soins est adaptée pour y répondre ».

Points de vigilance

La « frontière entre revendications du personnel et organisation du travail engendrant des risques pour la sécurité des soins est fine », il a bien été rappelé que ces rencontres n'étaient pas l'occasion de revendications. Toutefois on ne peut refuser d'aborder les questions d'organisation du travail en lien avec la sécurité des soins.

Il a été noté le fait que les directeurs, avant les rencontres, « devraient être au fait de ce qui a déjà été soulevé notamment par les déclarations d'EIAS, ce qui a déjà été mis en place et ce qui a été soulevé sans réponse ». Cela risquerait de décrédibiliser la démarche et la Direction et donc être contre-productif. Les professionnels devraient alors répéter des problèmes déjà déclarés pour lesquels ils ont eu l'impression d'être ignorés.

Freins

Un des plus gros freins exposé par les participants au groupe d'échanges reste le temps. Se libérer du temps pour tous les professionnels reste compliqué mais réunir tout ce monde au même endroit à la même heure l'est encore plus. La question du temps se pose également pour le 'coordonnateur sécurité patient' qui doit participer à toutes les rencontres de l'établissement ainsi que la préparation et le suivi. Cela suppose un poste créé dans le cas d'une implantation à grande échelle car le responsable qualité ne peut pas se charger de cela en plus. Ce coordonnateur est intégré au service qualité. L'engagement et la priorité institutionnelle sont donc indispensables.

Expériences similaires

Un participant nous a fait part de la mise en œuvre d'un dispositif similaire au sein de son établissement : « des visites périodiques de la Direction sont organisées et sont communes à plusieurs services. Il n'est pas question uniquement de sécurité. Le côté positif de la rencontre sur les professionnels a bien été mis en évidence mais il n'y a pas de dysfonctionnements supplémentaires évoqués lors de ces rencontres en termes de risque et de sécurité des soins. C'est un temps d'échanges privilégié entre la Direction et les professionnels. Les discussions au début étaient surtout centrées sur les rémunérations, les effectifs (plutôt des revendications) et au fil du temps, on s'intéresse de plus en plus aux sujets de fond. »

Un autre établissement évoque une démarche similaire mise en place « dans le cadre des risques professionnels comme les risques psycho-sociaux, afin d'alimenter et ajuster le document unique. »

Les deux exemples montrent un périmètre différent mais une réelle faisabilité de mise en œuvre de ces rencontres en fonction des choix institutionnels.

9. Conclusion

Globalement cette méthode paraît implantable en France dans nos établissements même si une adaptation par rapport au modèle anglo-saxon devra être faite. En effet, la majorité des articles s'inspirent des mêmes sources à savoir les publications de Frankel avec peu de changements dans la méthode.

Il paraît important de préciser que beaucoup d'études analysées lors de ce travail ont des biais dans leur méthode, notamment celles avec des résultats positifs : pas de groupe contrôle, peu de visites réalisées, mesure non chiffrable de l'impact, évaluation à trop court terme pour en voir l'effet (la culture de sécurité ne peut réellement évoluer en 3 mois ^[7] par exemple).

Quelques doutes sur la faisabilité et l'acceptabilité ont été émis par le groupe (temps, contexte des directions avec des contraintes toujours plus grandes). Malgré cela, il y a eu un bon accueil et 3 volontaires pour amorcer une implantation dans leur structure.

Les animateurs de la rencontre précisent que l'accompagnement de la SRA à la mise en place des rencontres sécurité des soins sera réalisé après la sortie du guide HAS, attendu courant 2018.

10. Abréviations

CME : Commission Médicale d'Établissement

CEPPRAAL : Coordination pour l'Évaluation des Pratiques Professionnelles en Auvergne-Rhône-Alpes

EHPAD : Établissement d'Hébergement Pour Personne Agée Dépendante

EI : Évènement Indésirable

EIAS : Évènement Indésirable Associé aux Soins

EPR : Évènement Porteur de Risque

ES : Établissement de Santé

FEI : Fiche d'Évènement Indésirable

HAS : Haute Autorité de Santé

REX : Retour d'Expérience

SRA : Structure Régionale d'Appui

11. Bibliographie

1. Frankel A, Graydon-Baker E, Neppi C, Simmonds T, Gustafson M, Gandhi TK. Patient safety leadership walkrounds. *Jt Comm J Qual Saf.* 2003;29(1):16-26
2. Frankel A, Pratt Grillo S, Graydon Baker E, Neppi Huber C and al. Patient Safety Leadership WalkRounds™ at Partners HealthCare: Learning from Implementation. *Jt Comm J Qual Saf.* 2005;31(8):423-437
3. I. Girerd-Genessay, P. Michel. Faut-il mettre en place des rencontres de sécurité des soins ? *Revue de la littérature. Rev Epidemiol Sante Publique.* 2015;63(5):315-323
4. HAS, Haute Autorité en Santé. Sécurité du patient – Les managers à l’écoute des équipes. [En ligne]. https://webzine.has-sante.fr/portail/jcms/c_1794337/fr/securete-du-patient-les-managers-a-l-ecoute-des-equipes. Consultée le 5 décembre 2017
5. Thomas EJ, Neilands TB, Frankel A et al. The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: A randomized trial of clinical units. *BMC Health Serv Res.* 2005;5:28
6. Graham S, Brookey J, Steadman C. Patient Safety Executive Walkarounds. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, et al. editors. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 4: Programs, Tools, and Products)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005 Feb
7. Barnay A, Colin C. Expérimentation des visites managériales de sécurité une adaptation française des SAFETY WALKROUNDS™. Thèse d’exercice en médecine ? Université Claude Bernard Lyon 1 :2017. 50p
8. Eubanks P. CEO walkabouts get firsthand look at employee problems. *Hospitals.* 1990;64:50–1
9. Frankel, A, Grillo, S, Pittman P, M., Thomas, E. J., Horowitz, L., Page, M. and Sexton, B. Revealing and Resolving Patient Safety Defects: The Impact of Leadership WalkRounds on Frontline Caregiver Assessments of Patient Safety. *Health Serv Res.* 2008;43:2050–2066
10. Taravella R, Michel P. Les rencontres de sécurité des soins, une revue de la littérature. *Risques et Qualité en milieu de soins.* 2014;11(3):64-70
11. Montgomery VL. Impact of Staff-Led Safety Walk Rounds. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, et al., editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 3: Performance and Tools)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Aug
12. Vincent C., Taylor-Adams S., Stanhope N. Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine. *BMJ.* 1998;316:1154–1157
13. Singer SJ, Tucker AL. The evolving literature on safety WalkRounds : emerging themes and practical messages. *BMJ Qual Saf* 2014;23:789-800
14. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res.* 2006;6:44
15. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2013;158:369–374
16. Rotteau L, Shojania KG, Webster F. ‘I think we should just listen and get out’: a qualitative exploration of views and experiences of Patient Safety Walkrounds. *BMJ Qual Saf Published Online First:* 2014;23(10)
17. U. Dombrowski, T. Mielke. *Lean Leadership – Fundamental Principles and their Application*, *Procedia CIRP.* 2013;7:569-574