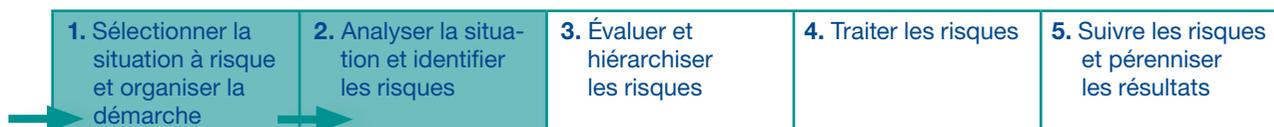


Fiche 17. Visite de risques

Objectif

Réaliser au contact du terrain un constat argumenté des difficultés de mise en place des mesures de qualité-sécurité des soins



Principe

- Issue des domaines de l'assurance et de l'industrie, la visite de risques est introduite dans l'établissement de santé comme méthode de repérage et d'évaluation de risques latents. Cette méthode *a priori* combine plusieurs modes de recueil de données (utilisation d'un référentiel, interview, visite sur site et observation). Elle favorise la communication entre professionnels, la recherche de solutions pragmatiques susceptibles de mise en œuvre rapide et le développement de la culture de sécurité.

Indication

- Via l'assureur dans le cadre de la mise en œuvre ou du renouvellement d'un contrat d'assurance (les visites portant sur les activités jugées les plus à risques pour lui, en secteur obstétrical, aux urgences, en réanimation, au bloc opératoire et en chirurgie ambulatoire).
- Via l'établissement de santé (problématique locale) ou une structure régionale d'appui (problématique régionale) en recherche d'une collaboration étroite avec les services et d'une mise en œuvre d'actions correctives immédiates.



À savoir

- **Dans le cas de la visite de terrain effectuée par l'encadrement** de l'établissement, le modèle se rapproche de ce que les anglo-saxons appellent « *patient safety walkrounds* »⁷⁰ : les modalités de la visite se rapprochent de celles d'une visite du comité d'hygiène et de sécurité au travail (CHSCT), ici centrée sur la qualité et la sécurité des soins et des patients.

Le point fort de ces « *walkrounds* » est d'impliquer nominalement un des directeurs de l'établissement présent dans la visite. Les services concernés et les directeurs impliqués changent chaque mois. Le responsable de soin et/ou le responsable médical utilisent cette visite pour montrer au directeur de visu sur le terrain les points les plus critiques et discuter de leurs solutions ; les constatations et les décisions sont inscrites dans un cahier de visite ; le suivi des solutions préconisées est mensuel. La littérature indique que ces visites ont un taux de suivi de correction par la direction de l'établissement très supérieur aux autres actions traditionnelles en qualité et sécurité car elles impliquent directement et nominalement le directeur qui s'est déplacé sur le terrain.

70. Thomas EJ, Sexton JB, Neilands TB, Frankel A, Helmreich RL. *The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: a randomized trial of clinical units*. BMC Health Serv Res 2005 ; 5(1) : 28.

Modalités de mise en œuvre

- Concevoir le questionnaire (ou référentiel de visite) : choix des thèmes et des critères d'évaluation (en s'assurant du caractère spécifique, mesurable et reproductible), les uns en vue d'interview, les autres en vue d'observations.
- Mettre en œuvre la visite proprement dite (programmation, entretiens, écoute, observation de l'organisation étudiée et des pratiques associées).
- Restituer les données oralement dans le cadre d'une séance de fin de visite.
- Analyser les données recueillies.
- Formaliser le rapport final dans un délai d'un mois (Synthèse des points forts et points à améliorer regroupés par thématiques. Hiérarchisation des actions d'amélioration à entreprendre effectuée sur la base de la gravité potentielle des défaillances identifiées).
- Proposer un plan d'action dont l'échéancier combine des actions à conduire :
 - à court terme (dans le mois à venir) pour les dysfonctionnements graves,
 - à moyen terme (dans les six mois) pour les dysfonctionnements non graves mais fréquents,
 - voire à long terme (au-delà des six mois) dans le cas de dysfonctionnements non graves nécessitant une réorganisation du travail, l'acquisition d'équipement, des modifications architecturales.
- Restituer le rapport final au cours d'une séance d'information collective programmée.
- Réajuster le plan d'action proposé à la recherche de consensus. Puis contractualiser sur la base des décisions retenues.



Conseils pratiques

- Les référentiels peuvent relever de différents niveaux : grilles de démarrage pour les services n'ayant jamais participé à une telle démarche ou niveau plus élevé au-delà, grilles généralistes ou adaptées à des activités spécifiques.
- Quelque soit le référentiel, ou questionnaire prévu, l'attitude d'écoute et d'observation ouverte du visiteur reste la première force de ces visites : savoir percevoir des éléments contradictoires entre discours et réalité, des postures, des attitudes qui alertent sur un état de fond masqué et peuvent permettre d'ouvrir une discussion sur ces problèmes. Cette attitude d'écoute ouverte, cette capacité à établir en temps réels des liens à faire entre détail perçu et problème sous jacent, ainsi que l'attitude à adopter pour rester éthique dans le contact avec les professionnels de terrain lors de l'expression des constats effectués et du débriefing, ne sont pas spontanés et doivent s'apprendre par une formation dédiée à la pratique des visites.
- L'outil peut être mis au service de l'encadrement dans le cadre d'une prise de fonction.
- L'analyse peut être complétée d'un score pour l'unité, le service, le pôle d'activité.

Illustrations

1. **Évaluation des pratiques en hygiène** axée sur les connaissances des moyens de prévention du risque infectieux, la compréhension et le niveau d'appropriation des protocoles diffusés effectuée par catégorie de personnel soignant (réalisée par l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière au sein d'un CHU avec ajustement des programmes de formation continue en conséquence).
2. **Évaluation des pratiques d'identitovigilance** axée sur les connaissances des moyens de prévention des erreurs d'identité de patients.
3. **Évaluation du circuit du médicament** dans le cadre d'un programme régional, axée sur l'ensemble des étapes d'une part, sur les barrières de sécurité, déjà en place ou manquantes, pouvant éviter la survenue d'incidents ou d'accidents d'autre part.

- ➔ Le circuit est abordé selon ses étapes (prescription médicale, commande à la pharmacie, délivrance globalisée des médicaments, livraison par coursiers, rangement et stockage en armoires du service, préparation des doses à administrer, administration au patient.
- ➔ D'une durée de 3 à 4 heures, la visite mobilise 5 à 6 visiteurs dont les tâches sont préalablement réparties. Les étapes de la visite comprennent :
 - la rencontre avec le groupe de travail thématique de l'établissement,
 - des entretiens individuels conduits au moyen de questionnaires,
 - une observation effectuée au sein des services sur la base de listes de points à rechercher,
 - une étude de l'administration des médicaments,
 - une analyse de scénarios d'incidents ou d'accidents,
 - la consultation des documents disponibles,
 - la séance de restitution de fin de visite (complétée d'un rapport de visite).

Pour en savoir plus

Groupe de travail régional SECURIMED, Quenon JL, De Sarasqueta AM. Évaluation de la sécurité du circuit du médicament : dans 19 établissements de santé aquitains Projet SECURIMED. Risques et qualité en milieu de soins 2006 ; 3(4) : 209-15.