



HAL
open science

Application d'un questionnaire auto-administré auprès des médecins généralistes du pôle de santé libéral ambulatoire du bassin d'Évreux comme première étape de l'acculturation de la sécurité des soins

Amélie Charbonnier

► To cite this version:

Amélie Charbonnier. Application d'un questionnaire auto-administré auprès des médecins généralistes du pôle de santé libéral ambulatoire du bassin d'Évreux comme première étape de l'acculturation de la sécurité des soins. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01801685

HAL Id: dumas-01801685

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01801685>

Submitted on 28 May 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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2018

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE**

PAR

Amélie CHARBONNIER

NEE le 26/08/1985 à Martigues

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26 AVRIL 2018

**«APPLICATION D'UN QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRE AUPRES DES
MEDECINS GENERALISTES DU POLE DE SANTE LIBERAL AMBULATOIRE
DU BASSIN D'EVREUX COMME PREMIERE ETAPE DE L'ACCULTURATION
DE LA SECURITE DES SOINS»**

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Pr. Jean DOUCET

MEMBRES DU JURY : Madame le Dr. Marianne LAINE

Monsieur le Dr. Matthieu SCHUERS

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Dr. Christophe GIRAULT

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie

Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique

Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique

Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie CHAMPY	Pharmacognosie
M. Jonathan HEDOUIN	Chimie Organique
Mme Barbara LAMY-PELLETER	Pharmacie Galénique

<p style="text-align: center;">LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES</p>
--

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A monsieur le professeur Jean DOUCET,

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier de thérapeutique en médecine interne-gériatrie, Chef de service de médecine interne polyvalente de Saint-Julien,

Président du Collège national des universitaires de thérapeutique,

Membre du Conseil d'administration de la Société française de pharmacologie et thérapeutique,

Président de l'OMEDIT (Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique) de Normandie et du COMEDIMS (commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles) du CHU de Rouen,

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail, soyez convaincu de ma sincère reconnaissance pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de présider ce jury.

A madame le docteur Marianne LAINE,

Médecin généraliste, Maître de conférences associée,

Vous avez accepté avec gentillesse et spontanéité de juger ce travail, et je vous en suis entièrement reconnaissante.

A monsieur le docteur Matthieu SCHUERS,

Médecin généraliste, Maître de conférences titulaire,

Responsable du Groupe Recherche,

Vous avez toujours répondu à mes nombreuses questions et avez accepté de juger ce travail, je vous en suis entièrement reconnaissante.

A monsieur le docteur Christophe GIRAULT,

Médecin généraliste, directeur de thèse

Je te remercie de m'avoir fait confiance en dirigeant ce travail et en t'impliquant comme tu l'as fait. Tu m'as beaucoup apporté en expérience et en humanité. Tu m'as ouvert les portes

de ton cabinet lors de mon dernier stage et c'est avec plaisir que j'y resterai quelques années !

Je remercie tous les médecins généralistes qui m'ont accueilli en stage et qui ont tous contribué à leur façon à la construction du médecin généraliste que je suis devenue, et spécialement au Dr. DURAND pour m'avoir offert mon premier poste de remplaçante, et au Dr. RICHARD de m'avoir si gentiment accueilli au sein de sa famille le mercredi midi !

A tous les médecins généralistes du Groupe Qualité d'Evreux, je suis ravie d'avoir fait votre connaissance et fière de travailler avec vous dans cette dynamique de réflexion sur nos pratiques.

A tous les médecins du PLSA du bassin d'Evreux, je vous remercie d'avoir tous participé à notre enquête, et j'ai hâte de poursuivre ce travail avec vous. Je remercie également tous les médecins généralistes d'avoir pris le temps d'y participer.

Je remercie l'AHRQ pour avoir répondu si rapidement à nos questions et d'avoir accepté l'utilisation de notre traduction dans le cadre de notre travail.

A madame Tellaa, vous m'avez consacré du temps dans votre si magnifique BU pour m'aider à constituer ma bibliographie, malgré le fait que je n'étais pas de votre faculté, et je vous en remercie.

A mon petit mais très efficace comité de relecture : Adrien, Cécile et Marcin, je vous remercie tous d'avoir passé du temps à me relire malgré vos corrections de baccalauréat.

A Nancy et aux enfants, pour m'avoir accueilli et supporté lors de mes nombreux passages à la maison !

A toute ma famille et spécialement à mes parents, pour m'avoir encouragé et permis de poursuivre mes efforts dans ce choix professionnel.

Enfin, à mes deux amours sans qui tous ces efforts n'ont aucune utilité : Adrien je te remercie d'être ce que tu es, mon amour, mon meilleur ami et mon meilleur soutien, et à toi mon poussin, tu m'as donné du fil à retordre dans cette période compliquée où je n'ai pas été assez présente pour toi et je m'en excuse. Tu es ma plus belle réussite.



SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	12
ABREVIATIONS UTILISEES.....	18
INTRODUCTION.....	21
1.Introduction courte	21
2.Justification du travail	23
3.Historique du concept de culture de sécurité.....	25
3.1.Milieu industriel, nucléaire et aéronautique.....	25
3.2.Domaine de la santé	26
4.Cadre conceptuel de la culture de sécurité des soins.....	29
4.1.Définition	29
4.2.La modélisation du concept de culture de sécurité	30
4.3.Les dimensions de la culture de sécurité	31
4.4.La notion de climat de sécurité	36
4.5.Les méthodes d'évaluation	37
4.6.Concept de résilience	42
5.Spécificité de la sécurité des soins en médecine générale	43
5.1.Définitions	44
5.2.L'apport des principales études françaises sur la sécurité des soins en médecine générale ...	46
5.3.Les freins connus au développement de la culture de sécurité en médecine générale	50
6.La culture de sécurité des soins en pôle de santé	52
6.1.Implémentation d'une culture ou acculturation ?	52
6.2.Les particularités des pôles de santé	52
6.3.Le pôle de santé d'Evreux	54
6.4.Choix de l'outil d'évaluation de la culture de sécurité en pôle de santé.....	54
7.Objectifs de travail	56
MATERIELS ET METHODES.....	57
1.Objectifs du travail	57
1.1.Type d'enquête	57
1.2.Objectif	57
1.3.Critère de jugement principal	57
1.4.Critères secondaires de jugement	58
1.5.Recherche bibliographique	58
2.Méthode de sélection des médecins participants	59
2.1.Population étudiée	59
2.2.Critères d'inclusion et d'exclusion	59

2.3.Modalités de recrutement des médecins participants	60
3.Outil utilisé	61
3.1.Traduction du questionnaire	61
3.2.Description du MOSPSC et explications de fonctionnement	61
4.Méthode de recueil des données	62
4.1.Déroulement de l'enquête	62
4.2.Saisie des données démographiques	63
4.3.Saisie des données statistiques du MOSPSC	63
5.Méthode d'analyse des résultats	63
5.1.Validation du questionnaire	63
5.2.Analyse des données du MOSPSC	64
RESULTATS.....	67
1.Validation du questionnaire	67
2.Taux de participation	68
3.Description des caractéristiques des médecins répondants.....	69
3.1.Données sociodémographiques	69
3.2.Analyse des données sociodémographiques	70
4.Description des données du MOSPSC	72
4.1.Médecins du pôle de santé	72
4.2.Médecins hors pôle de santé	86
5.Analyses des résultats du MOSPSC des médecins du pôle de santé d'Evreux	99
5.1.Explorations des déterminants de la sécurité et de la qualité des soins.....	99
5.2.Exploration des dimensions de la culture de la sécurité.....	101
5.3.Exploration de la sécurité et de la qualité des soins	106
5.4.Analyse des commentaires	108
DISCUSSION	109
1.Interprétation des principaux résultats	109
2.Forces et faiblesses de notre enquête	112
2.1.Liées à notre méthodologie	112
2.2.Liées à la méthode d'évaluation choisie	115
2.3.Liées à la conceptualisation de la culture de sécurité des soins	117
3.Résultats des études proches	119
4.Hypothèses retenues pour notre cadre d'exploration.....	124
5.Perspectives de développement de la gestion des risques au sein de notre pôle.....	125
CONCLUSION	128
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	129

ANNEXE 1 : Traduction du questionnaire MOSPSC.....	134
ANNEXE 2 : Analyse statistique.....	142

ABREVIATIONS UTILISEES

AAFP : *American Academy of Family Physicians*

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

AHRQ : *Agency for Healthcare Research and Quality* = Agence pour la sécurité et la qualité des soins médicaux

CCECQA : Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine

CISP2 : Classification Internationale des Soins Primaires

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

EIAS : Evènement Indésirable Associé aux Soins

EIG : Evènement Indésirable Grave

Eole : Entente des Omnipraticiens Libéraux de l'Eure

EQuiP : *European society for Quality and safety in family Practice*

ESQHC : *European Society for Quality in Health Care*

EUNetPaS : *European Union Network for Patient Safety*

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

FonCSI : Fondation pour une Culture de Sécurité Industrielle

HAS : Haute Autorité de Santé

HSE : *Health & Safety Executive* = Autorité compétente au Royaume-Uni dans les domaines de la santé et de la sécurité au travail

HSOPSC : *Hospital Survey On Patient Safety Culture*

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSAG : *International Nuclear Safety Advisory Group* = Groupe consultatif international pour la sûreté nucléaire, constitué par l'Agence Internationale de l'Energie Atomique (AIEA)

ICPS : *International Classification for Patient Safety*

JCAHO : *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* = Commission d'accréditation pour les organisations de santé aux Etats-Unis

LINNAEUS-Co : *Learning in an INternational group about Errors and Understanding Safety* = Collaboration internationale regroupant des chercheurs d'Australie, Canada, Angleterre, Allemagne, USA, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande

MaPSaF : *Manchester Patient Safety Framework*

MOSPSC : *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*

NHS : *National Health Service* = Département national pour la santé au Royaume-Uni

NPSA : *National Patient Safety Agency* = Agence nationale pour la sécurité des patients, autorité sanitaire spécifique du *National Health Service* (NHS)

OMS : Organisation Mondiale pour la Santé

ONIAM : Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux

PSLA : Pôle de Santé Libéral Ambulatoire

PRisM : Pluri-professionnalité et gestion des Risques par un programme Multi-facette en soins primaires

RMM : Revue de Morbidité et de Mortalité

"La pierre n'a point d'espoir d'être autre chose que pierre. Mais de collaborer, elle s'assemble et devient temple."

Antoine de Saint-Exupéry

"La culture fonctionne comme la quille d'un grand voilier. On la voit si peu qu'on pourrait en oublier l'existence; c'est pourtant elle qui donne toute sa stabilité au bateau, qui permet à l'équipage de tenir son cap, c'est elle qui facilite la remontée au vent même par gros temps."

LEBAILLY M., SIMON A., Anthropologie de l'entreprise, Village mondial, 2004

INTRODUCTION

1. Introduction courte

La pratique de la médecine générale a été influencée depuis une vingtaine d'années par l'évolution des besoins en santé de la population. L'altération de l'environnement (tabac, alcool, pollution, conditions de travail) entraîne depuis plusieurs années une croissance de la multi-morbidité (cancers, obésité, maladies cardio-vasculaires) nécessitant des prises en charge multidisciplinaires chroniques.

Ce changement de pratique passe notamment par une modification des relations interprofessionnelles avec, par exemple, le développement d'organisations de soins primaires comme les pôles de santé. Ils émergent autour d'un **projet de santé commun** dans le but de répondre aux besoins de la population locale, ce qui implique la volonté des professionnels à travailler en équipe, à coordonner et parfois modifier leurs pratiques, et à communiquer ensemble (1).

Par ailleurs, l'innovation des gestes techniques et des thérapeutiques a été suivie d'une **prise de conscience par les professionnels du risque des actes de santé comme étant une source potentielle d'événements indésirables** (2). En ce sens, l'étude ESPRIT menée en 2013 (3) estimait **qu'un médecin généraliste était confronté à un évènement indésirable tous les deux jours en moyenne.**

La volonté de poursuivre des actions d'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins s'est ainsi développée, créant à la fin des années 1990 le **concept de culture de sécurité des soins**. Elle est définie par la *European Society for Quality in Health Care* (ESQHC) comme étant **"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."** (4).

L'instauration d'une telle culture d'apprentissage à partir des erreurs et d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la performance des soins semble être nécessaire et antérieure aux stratégies d'actions d'amélioration. Elle donnerait à l'organisation de soins une robustesse, une résilience face aux évènements indésirables, la rendant ainsi

capable "d'anticiper, de détecter précocement, et de répondre adéquatement à des variations du fonctionnement [...]" (5).

Les principaux leviers aboutissant à une culture de sécurité intégrée sont proches de ceux permettant la pérennité des organisations de soins primaires (1) :

- Une capacité à diriger permettant la mobilisation et le rassemblement
- Une équipe motivée et impliquée
- Un projet de santé commun

Nous faisons donc l'hypothèse que l'élaboration en cours du projet professionnel du pôle de santé d'Evreux, crée une dynamique qui devrait pouvoir servir de levier à une acculturation de la sécurité des soins, puis à un travail de mutualisation des efforts de gestion des risques.

L'évaluation initiale de la culture de sécurité des professionnels est considérée comme le point de départ à l'obtention de son intégration au sein d'une organisation (6). Les outils utilisables sont en grande majorité basés sur des questionnaires auto-administrés, car il s'agit de diagnostiquer les perceptions et les valeurs des professionnels sur la sécurité.

Nous effectuerons donc une première évaluation en utilisant le questionnaire *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC)*, diffusé par l'AHRQ, auprès des médecins du pôle de santé d'Evreux, afin de les sensibiliser à la sécurité des soins, en estimant comme satisfaisant un taux de réponse supérieur à 80 %.

Cette première évaluation nous permettra, en cas d'atteinte d'un tel taux de participation, de dresser un premier état des lieux des perceptions et des pratiques déclarées des praticiens, ce qui nous éclairera sur les points forts et les points faibles à développer quant à la gestion des risques.

Par ailleurs, cette dynamique de création du pôle de santé peut nous faire penser que le taux de réponse des médecins du pôle de santé pourrait être supérieur à celui des médecins de l'agglomération d'Evreux encore non adhérents au pôle.

2. Justification du travail

Ce travail a été initié à la suite d'une séance du Groupe Qualité d'Evreux. Il s'agit d'un groupe d'échange de pratiques engageant des médecins généralistes d'une même zone géographique (7). Notre groupe, initié en 2017, est composé de 11 médecins généralistes libéraux de l'agglomération d'Evreux, tous membres du pôle de santé libéral ambulatoire (PLSA) du bassin d'Evreux. L'objectif est de développer une démarche réflexive sur nos pratiques cliniques et thérapeutiques et de les confronter aux recommandations professionnelles actualisées et validées.

Le sujet portait sur la détection des événements indésirables en médecine générale. Il en ressortait que les praticiens se sentaient démunis, et ressentaient un sentiment de culpabilité suite à un événement indésirable survenu au cabinet médical.

La littérature place en effet le médecin au statut de seconde victime de son erreur (8). Travailler sur la détection et l'analyse de son erreur permettrait une déculpabilisation à l'échelle individuelle et, sur une échelle plus collective, d'obtenir un moyen d'améliorer la sécurité des soins en passant par des actions de prévention (9). Mais les systèmes de signalement d'événements indésirables resteront sous-exploités si la reconnaissance de l'erreur n'est pas acceptable. L'analyse des causes de ces événements indésirables ne pourra pas non plus aboutir si une culture punitive est présente dans l'organisation (6).

Se référer aux manières de faire et de penser partagées au sein d'un collectif amène au concept de culture (5). Parler de culture professionnelle renvoie aux valeurs et aux pensées acquises tout au long de la formation et de l'expérience forgée au cours d'une carrière.

La *European Society for Quality in Health Care* (ESQHC) propose une définition de la culture de sécurité des soins comme étant "**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.**" (4).

SCOTT et *al.* considèrent qu'une transformation culturelle majeure doit être garantie parallèlement à des changements structurels des organisations de soins afin d'améliorer la sécurité, la qualité et la performance des soins (10). Elle doit être **antérieure aux stratégies**

de mises en place d'outils de détection et d'analyse des évènements indésirables associés aux soins.

Un des objectifs de l'acculturation de la sécurité des soins en médecine générale est de basculer d'une culture où la responsabilité individuelle est encore très présente, vers une culture où la responsabilité devient plus collective avec une analyse plus systémique de l'erreur (2).

Son évaluation initiale devra être considérée comme le point de départ de la planification du développement d'une organisation de sécurité des soins (9).

C'est dans ce cadre de réflexion que la période d'élaboration du projet professionnel du nouveau PSLA du bassin d'Evreux nous semblait être adapté à l'initiation d'un travail de planification d'un système de gestion des risques en santé et donc à une évaluation initiale de la culture de sécurité des soins. Les adhérents, toutes professions médicales et paramédicales confondues, ont d'ailleurs pu exprimer lors de rencontres le besoin dans leurs pratiques quotidiennes d'une organisation plus émaillée entre les individus. Celle-ci passait notamment par la création de protocoles communs, d'un réseau de communication, et d'un système de permanence des soins, induit par le cahier des charges auquel répond la création d'un pôle de santé.

Notre objectif était d'apporter une méthode d'évaluation initiale de la culture de sécurité dans ce pôle de santé. Elle pourra nous être utile à terme afin de suivre les changements sur les perceptions suite aux différentes actions que nous aurons à effectuer pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

La présentation dans cette introduction de données fondamentales et de définitions attachées à ce domaine permettra d'appréhender la complexité de cette question dans le cadre de la recherche en médecine générale en matière de sécurité et de qualité des soins.

3. Historique du concept de culture de sécurité

3.1. Milieu industriel, nucléaire et aéronautique

Des catastrophes industrielles successives, principalement nucléaires et aéronautiques, ont engendré une prise de conscience scientifique et politique ayant permis le développement d'une analyse plus systémique des erreurs (2).

En 1906 à Courrières, un coup de poussier (fines particules de poussières de carbone hautement inflammables) donna lieu à la plus grande catastrophe minière d'Europe, faisant 1099 morts (11). A cette époque, la déficience technologique était principalement mise en cause dans ce type de drame. Sa gravité et la succession d'accidents miniers similaires ont entraîné par la suite un vaste effort d'actions de prévention, avec la création du premier poste central de secours du bassin Nord-Pas-de-Calais, ainsi que le changement des lampes à feu nues au profit des lampes dites de sûreté. Le repos hebdomadaire instauré par la loi de 1906 a été obtenu suite aux mouvements sociaux qui ont suivi (2).

Plus tard, l'analyse de la catastrophe aérienne de Tenerife (Espagne), ayant provoqué plus de 500 morts en 1977, et celle des catastrophes nucléaires successives de Three Mile Island (Etats-Unis) en 1979 puis de Tchernobyl (Ukraine) en 1986, pointent d'autres notions telles que le facteur humain, une mauvaise organisation, ainsi que des difficultés dans l'interaction avec des systèmes de plus en plus automatisés (2).

L'étude de la gestion des risques a conduit à penser que, comme le rappelle la Fondation pour une Culture de Sécurité Industrielle (FonCSI), le modèle du facteur humain ne peut être tenu comme seul facteur explicatif : "Une erreur est souvent le résultat d'une situation où un opérateur n'a pas pu mettre en œuvre ses compétences, pour des raisons liées à la conception des systèmes, de l'interface, à l'organisation, ou à la formation." (12).

Dès les années 1970, l'utilisation des méthodes d'apprentissage à partir des erreurs est renforcée. Par exemple, la méthode de retour sur expérience (REX) qui se définit comme une collecte de données analysées afin de mettre en avant les causes repérées de l'erreur et de mettre en place des plans d'actions de prévention et d'amélioration du système (13).

Depuis les années 1980, on note une forte progression d'actions plus ciblées sur le facteur humain (amélioration de la communication, développement de compétences pour gérer le stress, les conflits, la fatigue...).

Suite à l'accident nucléaire de Tchernobyl, des experts du groupe international pour la sûreté nucléaire (INSAG) ont mis en évidence que les nombreuses violations commises par les opérateurs ne s'expliquaient pas principalement par des attitudes individuelles, mais par un système de valeurs et de pratiques défaillant (2). Ce rapport proposait déjà une définition de ce nouveau concept émergent de culture de sécurité : "La culture de sûreté est l'ensemble des caractéristiques et des attitudes qui, dans les organismes et chez les individus, font que les questions relatives à la sûreté des centrales nucléaires bénéficient, en priorité, de l'attention qu'elles méritent en raison de leur importance." (5).

D'autres définitions ont suivi, adaptables à tout type d'organisation comprenant un système de gestion des risques : "un ensemble de croyances, de normes, d'attitudes, de pratiques visant à diminuer l'exposition des employés, de la direction, des clients et du public à des conditions considérées dangereuses ou nuisibles." (14).

A partir du début des années 1990, ce concept a été repris et adapté au domaine de la santé.

3.2. Domaine de la santé

3.2.1. Principalement dans les pays anglo-saxons

Nous ne détaillerons pas dans cette partie l'historique du développement et de la législation de la sécurité des soins, qui a déjà été exposée dans d'autres thèses sur le sujet (15), mais plutôt le contexte historique qui a accompagné l'apparition du concept de culture de sécurité dans les publications.

Le principe de la sécurité des soins aux patients est ancien, l'antique adage "*primum non nocere*" et le serment d'HIPPOCRATE en sont des exemples. Mais l'existence du concept de culture de sécurité des soins n'a commencé à apparaître dans les publications qu'à partir des années 1990 (2).

Aux Etats-Unis, une des premières études sur la fréquence des évènements indésirables graves (EIG) date de 1984 (2). Elle a concerné 51 hôpitaux de soins de courte durée sur la ville de New York. Le risque a été évalué entre 2 et 4% sur 30 121 dossiers étudiés. Une extrapolation des résultats sur le plan national avait estimé le nombre de décès liés aux EIG entre 44 000 et 98 000 sur l'année.

Le rapport *To err is human* (16), publié en 1999, reprenait ces résultats complétés d'une analyse des causes retrouvées de ces EIG. Il pointait principalement un défaut d'organisation d'un système de santé complexe et l'absence d'une culture collective et coopérative. Ce rapport a permis une prise de conscience de l'existence de failles dans la sécurité des soins, nécessitant l'amélioration de la gestion des risques en santé. Des actions politiques ont suivi, notamment avec la publication de recommandations par l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), créée en 1989, et le processus d'accréditation devenu obligatoire (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* : JCAHO) (2).

Au Royaume-Uni, le département national pour la santé (*National Health Service* : NHS) a lancé des travaux de recherche sur le développement du concept de culture de sécurité dans les soins suite à une succession de scandales sanitaires (2). Ces travaux menés principalement par REASON et VINCENT au début des années 2000, ont permis la publication de plusieurs rapports sur les stratégies systémiques à mettre en place pour une amélioration de la sécurité des soins, notamment en soins primaires. Ces rapports sont depuis diffusés par la *National Patient Safety Agency* (NPSA), autorité créée en 2001 et dédiée spécifiquement à la sécurité des soins (17).

3.2.2. En France

En France, le développement du concept de culture de sécurité des soins est apparu plus tard, la volonté politique d'amélioration de la gestion des risques suivant aussi la médiatisation de scandales sanitaires.

L'affaire du sang contaminé a éclaté en 1986, le rapport du centre national de transfusion sanguine faisant état de 2000 personnes hémophiles concernées. En 1988 eut lieu la création des Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) dans les établissements de santé. En 1997, il a été révélé le cas de patients souffrants d'infections

nosocomiales bactériennes contractées lors d'interventions chirurgicales, pour lesquelles les expertises ont démontré le non-respect des règles de stérilisation des instruments chirurgicaux (2).

Ces affaires ont sans doute contribué à créer un contexte de pression politique et sociale, aboutissant à la loi KOUCHNER du 04 mars 2002. Celle-ci assurait le renforcement du droit du patient à l'information et au consentement, et la création de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM).

La première Etude épidémiologique Nationale sur les Evènements Indésirables graves liés aux Soins (ENEIS) réalisée en France date de 2004. Elle mettait en avant une estimation de la densité d'incidence des EIG survenus en cours d'hospitalisation à 6,6 pour 1000 journées.

La loi du 13 août 2004 crée la Haute Autorité de Santé (HAS) (18), remplaçant l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Elle poursuit de nouvelles missions d'information des professionnels et du public sur le bon usage des soins et des bonnes pratiques en passant par l'amélioration de la qualité de l'information médicale (19), et l'accréditation des médecins sur la base du volontariat. En 2010, le développement d'une culture de sécurité est intégré aux objectifs fixés par la procédure de certification des établissements de santé (critère 1g) (4).

3.2.3. Des initiatives internationales qui se développent

Dans le cadre de son programme de santé publique de 2007, la Commission européenne a financé le réseau EUNetPaS (*European Union Network for Patient Safety*) qui a pour vocation de contribuer à améliorer la qualité et la sécurité des services de santé dans les 27 pays membres de l'Union européenne en axant principalement sur 4 domaines (20) :

- La promotion d'une culture de sécurité des soins
- La formation sur la sécurité des soins
- La mise en place de systèmes de notification d'événements indésirables
- L'élaboration d'un projet pilote sur la sécurité de la prescription

En février 2008, la HAS a été officiellement chargée de coordonner le réseau EUNetPaS.

L'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) a lancé en 2004 une Alliance mondiale pour la sécurité des patients afin de sensibiliser, coordonner et mutualiser des expertises développées dans plusieurs pays. La France participe à ces activités, notamment depuis 2009 dans le projet "High 5s : Agir pour la sécurité des patients". Il visait à évaluer la faisabilité et l'impact de protocoles standardisés déployés au sein d'établissements volontaires dans huit pays participants pendant 5 ans (21).

En 2011, l'OMS introduit le guide pédagogique pour la sécurité des patients en posant "l'amélioration de la sécurité des soins dispensés dans nos environnements complexes, sous pression et où la rapidité d'action joue un grand rôle" comme l'un des plus grands défis de la médecine d'aujourd'hui (22). L'acculturation de la sécurité des soins devient une des conditions pour permettre aux professionnels de santé de traiter la sécurité des soins comme l'une des plus grandes priorités de santé publique (6).

4. Cadre conceptuel de la culture de sécurité des soins

4.1. Définition

La définition de la culture de sécurité des soins proposée par la ESQHC est, à notre connaissance, la plus retrouvée dans la littérature actuellement :

"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." (4).

Au Royaume-Uni, la NPSA la présente comme "une culture qui se caractérise par la conscience constante et active des individus et des équipes de la possibilité que les choses tournent mal. C'est aussi une culture qui est transparente et juste, qui encourage les personnes à parler de leurs erreurs. Au sein des équipes et des organisations ayant une culture de sécurité développée, les personnes apprennent à partir des défaillances et prennent ensuite des actions pour les prévenir, la sécurité des patients est au premier plan dans l'esprit de chacun, pas seulement lors de la délivrance des soins mais également dans l'établissement des objectifs, le développement de procédures, l'achat de nouveaux produits

et équipements, la conception des services ou des établissements. Elle influence la vision globale, les missions et objectifs d'une équipe ou d'une organisation, aussi bien que l'activité de tous les jours".

Cette définition a l'intérêt de faire apparaître les différentes dimensions qui composent une culture de sécurité intégrée.

Le concept de culture de sécurité appartient en fait à un concept plus large : la culture organisationnelle (10). Celle-ci est définie par E. SCHEIN comme "un modèle d'hypothèses partagées, inventées, découvertes, ou développées par un groupe d'individus, à mesure qu'il apprend à faire face à ses problèmes d'adaptation externes et internes". La théorie de la culture organisationnelle est donc présentée comme une combinaison de facteurs psychologiques, anthropologiques et sociaux, contribuant à définir le caractère d'une organisation : sa langue, ses croyances, ses valeurs, ses mythes (10).

Mais un débat sur la définition de la culture organisationnelle est toujours d'actualité, certains auteurs la considérant comme une variable manipulable de l'organisation ("ce qu'elle a"), que l'on peut donc évaluer et potentiellement modifier, et d'autres comme une vision descriptive d'une organisation, ne pouvant pas en être dissociée ("ce qu'elle est") (23). Dans le domaine de la santé, la définition de la culture organisationnelle généralement retenue est la première (9). Elle permet ainsi l'utilisation et l'évaluation de la culture de sécurité comme un levier potentiel d'amélioration de la sécurité des soins.

4.2. La modélisation du concept de culture de sécurité

Il existe plusieurs modèles de culture de la sécurité adaptés aux spécificités et aux contraintes de chaque organisation (5). Le modèle proposé par COOPER en 2000 (24) est utilisable dans le domaine de la santé. Il permet de clarifier la définition du concept et d'en différencier 3 aspects :

- L'aspect psychologique, regroupant les valeurs, les croyances et l'intérêt que les individus portent au système de gestion des risques.
- L'aspect comportemental, regroupant les actions mises en œuvre par les individus et l'organisation dans la gestion de la sécurité.

- L'aspect situationnel, regroupant les procédures et les réglementations du système de gestion des risques.

Une culture de sécurité des soins dite "**intégrée**" (25), est une culture dont chaque aspect est assez développé pour parvenir à une bonne interaction entre chaque élément. Elle rejoint la définition détaillée de la culture de sécurité donnée par le NPSA.

4.3. Les dimensions de la culture de sécurité

Il existe plusieurs dimensions décrivant une culture de sécurité (9). Leur développement au sein d'une organisation permettrait à celle-ci de tendre vers un modèle intégré de culture de la sécurité.

La *Health & Safety Executive* (HSE) au Royaume-Uni reprend dans un rapport de 2005 les dimensions d'une culture de sécurité positive (14), initialement décrites par Lord CULLEN à la suite d'une enquête publique dans le cadre de l'accident ferroviaire de Ladbroke Grove en 1999 :

- Le *leadership*, ou capacité à diriger : un management réussi aide à promouvoir une culture de sécurité positive en donnant la priorité aux objectifs de sécurité. Le budget et le personnel formé y étant consacré doivent être suffisants. Le soutien aux équipes est visible. En effet, une visibilité de l'engagement de la direction à l'égard de la sécurité semble créer une vision partagée de l'importance de la sécurité.
- Une communication bidirectionnelle : une communication descendante, ascendante et horizontale sur les questions de sécurité doit être efficace.
- L'implication du personnel : la participation active des employés est, autant que celle de la direction, une étape positive.
- Existence d'une culture d'apprentissage : elle permet aux organisations d'identifier, d'apprendre et de changer les conditions dangereuses en passant par un système d'analyse approfondi des incidents et un bon partage de l'information.
- Existence d'une culture juste : passer d'une culture du blâme individuel à une culture prônant une responsabilité plus collective. Le signalement des problèmes ou des préoccupations ne doit pas faire craindre le blâme.

Elles ont été depuis adaptées au domaine de la santé, mais restent comparables aux modèles utilisés dans l'industrie. Il n'existe pas de consensus à l'heure actuelle sur la définition du concept même de la culture de sécurité, ni sur le choix des dimensions qui la caractérisent (9). SINGLA et *al.* proposent une liste de 23 dimensions de la culture de sécurité des soins exploitables en soins primaires, mais l'absence de reproductibilité inter-juge lors de son utilisation dans des outils d'évaluation de la culture de sécurité n'a pas permis sa validation (4).

L'HAS (4) propose l'utilisation des 10 dimensions explorées par le questionnaire *Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC)* diffusé par la AHRQ et traduit en français par le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) (tableau 1) (26). Ces dimensions restent difficilement transposables pour les soins primaires.

D'un intérêt plus spécifique aux soins primaires, l'AHRQ (27) propose depuis 2009 l'exploration de 10 dimensions de la culture de sécurité des soins en ville (tableau 2).

La multitude des dimensions proposées dans la littérature et l'absence de consensus quant à leur utilisation rendent difficile l'appréhension de ces notions au sein d'une structure. Mais elles semblent pouvoir être facilement regroupées en thèmes, comparables à ceux de l'industrie. Celles qui se détachent le plus souvent dans la littérature apparaissent dans la définition de la culture de sécurité de la NPSA, et sont données comme prioritaires à développer en soins primaires (17) :

- Le management/capacité à diriger : marque la volonté des responsables et de toute l'équipe de croire en une culture commune et efficace de sécurité des soins, prête à assumer la responsabilité lorsque les choses tournent mal.
- Travail d'équipe : le rôle de chaque membre de l'équipe dans la promotion de la sécurité doit être reconnu et valorisé, dans un esprit de collégialité.
- Responsabilité juste : l'utilisation du blâme doit être abandonnée afin de ne pas compromettre la volonté d'apprentissage de l'équipe à partir des erreurs.
- Compréhension : passer de la responsabilité de l'individu à la reconnaissance du rôle des facteurs externes et du système dans la sécurité des patients.

- La communication : sur le sujet des erreurs et du système de sécurité la parole doit être libre et à double sens.
- Sensibilisation aux pressions de la charge de travail : situation propice aux erreurs les plus courantes.
- Un système de sécurité : un système robuste et efficace est à mettre en place pour éviter les erreurs courantes.

Dimensions de la culture de sécurité	Définition
1. Perception globale de la sécurité	La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important, le fonctionnement et les procédures du service permettent de prévenir la survenue des erreurs.
2. Fréquence de signalement des événements indésirables	Les erreurs suivantes sont signalées : les erreurs détectées et corrigées avant d'avoir affecté le patient, les erreurs n'ayant pas le potentiel de nuire au patient, les erreurs qui peuvent nuire mais n'ont eu finalement aucun effet.
3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins	Les supérieurs hiérarchiques félicitent le personnel quand le travail est réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins. Ils prennent en considération les suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins, et ne négligent pas la sécurité lorsqu'il faut travailler plus rapidement.
4. Organisation apprenante et amélioration continue	Dans le service, le personnel est informé des erreurs survenues, reçoit un retour d'information sur les actions mises en place, et discute des moyens possibles pour prévenir les erreurs. L'efficacité de ces changements est évaluée.
5. Travail d'équipe dans le service	Dans le service, les personnes se soutiennent mutuellement, se traitant avec respect et travaillant en équipe. Ensemble, elles améliorent leurs pratiques de sécurité des soins.
6. Liberté d'expression	Le personnel s'exprime librement s'il voit quelque chose qui peut nuire à un patient, et n'hésite pas à questionner la hiérarchie.
7. Réponse non punitive à l'erreur	Le personnel n'a pas l'impression que ses erreurs et ses signalements soient retenus contre lui.
8. Ressources humaines	Il y a suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail, le nombre d'heures travaillées est adapté à une qualité optimale des soins, et le personnel n'essaie pas de faire trop de choses trop rapidement.
9. Soutien du management pour la sécurité des soins	La direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins, elle ne s'intéresse pas à la sécurité des soins uniquement après qu'un EI se soit produit, et ses actions montrent que la sécurité des soins est la première des priorités.
10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement	Les services de l'établissement coopèrent en se coordonnant afin de fournir aux patients des soins de qualité. Il y a rarement des problèmes lorsque d'importantes informations concernant les soins des patients sont transmises entre les services et au cours des changements d'équipe.

Tableau 1 : Les dimensions explorées par le HSOPSC, traduit par le CCECQA.

Dimension de la culture de sécurité	Définition
1. Communication sur les erreurs	Les responsables et l'équipe se sentent prêts à signaler les erreurs observées, et parlent ouvertement des modifications à apporter dans le système de prévention des erreurs.
2. Communication libre	Les responsables sont ouverts aux idées du personnel sur la façon d'améliorer les procédures, et l'équipe est encouragée à exprimer d'autres points de vue.
3. Procédures standardisées	Le cabinet est organisé, a un flux de travail efficace, des procédures standardisées pour l'accomplissement des tâches et pour vérifier l'exactitude du travail effectué.
4. Apprentissage	Le cabinet a une culture d'apprentissage qui facilite les changements dans les procédures afin d'améliorer la qualité des soins aux patients, et évalue les effets des changements sur l'efficacité.
5. Perceptions générales de la sécurité et de la qualité des soins	La qualité des soins aux patients est plus importante que la quantité de travail, les procédures permettent de prévenir les erreurs.
6. Capacité à diriger et soutien pour la sécurité des soins	Les responsables soutiennent activement l'objectif de qualité et de sécurité, la priorité est accordée à l'amélioration des procédures de soins aux patients, sans négliger les erreurs.
7. Suivi des patients	Le cabinet assure un suivi actif du patient, des plans de traitements et des courriers médicaux.
8. Formation de l'équipe	Le personnel dispose d'une formation continue efficace, qui suit l'évolution des procédures.
9. Travail en équipe	Le cabinet a une culture de travail en équipe, de respect mutuel et de bonnes relations entre le personnel et les responsables.
10. Pression et rythme de travail	Il y a suffisamment de personnel et de responsables pour gérer la charge de patients, et le rythme de travail n'est pas mouvementé.

Tableau 2 : Les dimensions proposées par la AHRQ en soins primaires et leurs définitions.

4.4. La notion de climat de sécurité

La notion de culture de sécurité a émergé dans les publications avec une signification qui semble être très similaire à celle du climat de sécurité. Ces termes sont souvent utilisés de façon interchangeable dans la littérature (14). La culture de sécurité se révèle être, comme nous l'avons vu précédemment, un concept plus large qui comprend de multiples facettes.

Le travail de COOPER consistant à distinguer les trois aspects interdépendants de la culture de sécurité (psychologique/comportemental/situationnel) aide à percevoir la différence entre les deux concepts (figure 1). **Le climat de sécurité** se réfère spécifiquement aux descriptions rapportées, donc **ancrées par les croyances, les valeurs, les perceptions, les facteurs cognitifs et émotionnels des individus**. Le climat rejoint donc la définition de l'aspect psychologique de la culture de sécurité, qui se rapporte à "comment les individus ressentent" le système de gestion des risques mis en place.

La différence entre les deux concepts est importante du fait qu'elle ne s'évalue pas par les mêmes méthodes. L'approche du climat de sécurité est le plus souvent proposée par une méthode quantitative, dans laquelle on évalue la perception de la sécurité.

Il n'existe pas, là encore, de consensus dans la littérature sur l'utilisation préférentielle d'un terme ou d'un autre. En France, la HAS a retenu l'utilisation du terme de culture de sécurité, en distinguant les méthodes d'évaluation quantitative et qualitative selon l'aspect exploré, mais sans retenir le terme de climat de sécurité (4). Au regard de l'importance de l'utilisation du terme de culture dans la littérature, nous garderons dans notre travail le terme de culture de sécurité des soins en précisant l'aspect exploré.

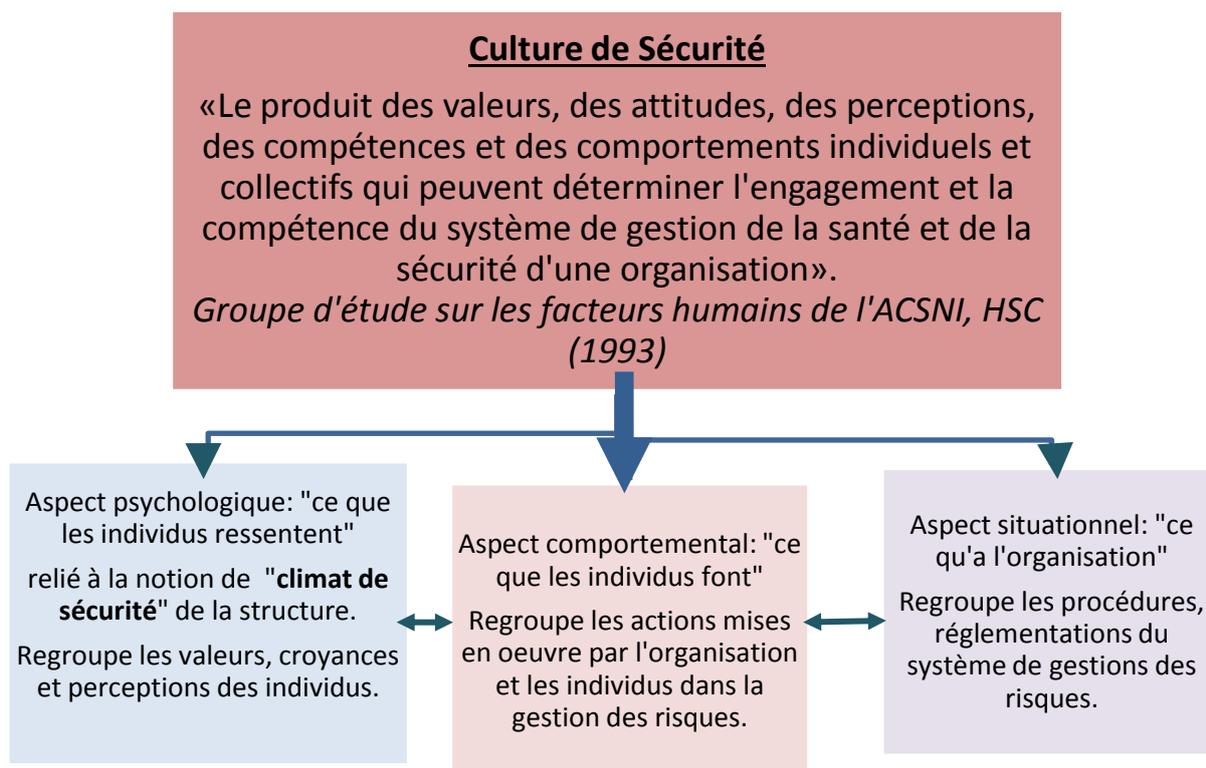


Figure 1: Les trois aspects de la culture de sécurité selon COOPER, repris par la HSE.

4.5. Les méthodes d'évaluation

4.5.1. Objectifs et principes

L'évaluation initiale de la culture de sécurité des soins est une étape nécessaire à l'obtention d'une culture d'apprentissage et d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la performance des soins d'une organisation de santé (10).

La HAS propose l'utilisation d'une méthode d'évaluation suivant le schéma du cycle *Plan/Do/Study/Act* (PDSA) (28), alternant successivement les phases de formulation d'objectifs et d'actions :

- Etat des lieux initial
- Analyse et prise de décision d'actions d'amélioration
- Mise en œuvre de celles-ci
- Evaluation des résultats et réajustement éventuel

La mesure d'indicateurs de procédures ou de résultats se fait avant et après le changement afin de déterminer si les mesures prises par l'équipe ont fait une différence.

Les outils d'évaluation varient selon (9):

- Le type d'approche du concept de culture :
 - Epidémiologique, de nature principalement quantitative
 - Sociologique, principalement qualitative au cours de réunions
 - Socio-anthropologique, reposant sur une association de phases d'observations et d'entretiens
- Le type de méthode (qualitative ou quantitative) et le support utilisé (questionnaire, audit, ...)
- L'objectif visé
- L'aspect concerné de la culture
- Les dimensions explorées de la culture
- La catégorie professionnelle qu'ils évaluent (professionnel de santé ou de direction)

Nous détaillerons ici les principaux outils validés, en les classant par type de méthode utilisée.

4.5.2. Méthodes quantitatives

Elles ont été adaptées en grande majorité des méthodes d'évaluation de l'industrie et sont les plus utilisées actuellement en France (4). Elles sont **basées principalement sur des questionnaires auto-administrés** (14) auxquels le professionnel répond sur une échelle de cotation. Ce type d'évaluation **explore les perceptions et les opinions des individus sur la sécurité**. Il porte **plutôt sur l'aspect psychologique** de la culture de sécurité, soit le climat de sécurité. Ces outils d'évaluation correspondent donc plus à un diagnostic plutôt que d'une mesure. Ils peuvent être rendus spécifiques d'une catégorie professionnelle. Mais elle contient des limites car elle fournit peu d'informations sur les aspects comportementaux et aucune sur les aspects situationnels.

La HAS propose l'utilisation du questionnaire validé *Hospital Survey On Patient Safety Culture* (HSOPSC) (29) développé à la *John Hopkins University* puis relayé par la AHRQ. Il a été traduit en français par un groupe de chercheurs participant au Comité de Coordination de

l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) (26). Ce questionnaire explore l'aspect psychologique de la culture de sécurité des soins des professionnels hospitaliers à travers 10 dimensions organisées sur 40 items. Il est considéré que les résultats représentent les perceptions, les attitudes et les pratiques déclarées des professionnels en matière de sécurité des soins dans leur unité de travail, si le taux de participation est d'au moins 80 %.

Un second type de méthode correspond à des relevés d'indicateurs de sécurité de soins (aspect organisationnel).

4.5.3. Méthodes qualitatives

L'évaluation qualitative de la culture de sécurité des soins reste plus rare dans la littérature car plus coûteuse et chronophage (9), mais plus riche en renseignements sur ce qui se passe réellement sur le terrain. **Ces méthodes sont basées principalement sur la réalisation d'entretiens collectifs ou individuels explorant le ressenti des individus (aspect psychologique), des audits cliniques et des études d'observation des signalements d'erreurs (aspect comportemental), et enfin des études d'observation des procédures de la structure et d'audit organisationnel (aspect situationnel) (4).**

Un exemple de ce type de méthode est proposé par la HAS (28) dans le guide *Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé*. Elle se base sur l'utilisation du *Manchester Patient Safety Framework* (MaPSaF) diffusé par le NHS.

4.5.4. En soins primaires

Les spécificités d'exercice du médecin généraliste empêchent toute retranscription directe des outils développés dans les recherches hospitalières. Des outils ou adaptations d'outils d'évaluation de la culture de sécurité se sont développés en soins primaires. Les deux outils d'évaluation de la culture de sécurité recommandés en 2015 par la *Learning in an International group About Errors and Understanding Safety* (LINNAEUS collaboration) pour leur capacité à être applicables au système de soins primaires et à explorer de façon compréhensible la culture de sécurité des soins sont un questionnaire auto-administré : le MOSPSC, et le MaPSaF adapté aux soins primaires.

4.5.4.1. *Le MOSPSC (Medical Office Survey on Patient Safety Culture)*

Il s'agit d'une méthode d'évaluation quantitative inspirée de la version hospitalière (HOSPSC) et relayée gratuitement depuis 2009 par la AHRQ (27). La LINNEAUS-Co a validé son utilisation en plusieurs langues dans plusieurs pays européens (30), mais il n'existe pas pour le moment de version française officiellement proposée par la AHRQ. Il s'agit d'un questionnaire auto-administré explorant l'aspect psychologique de la culture de sécurité en questionnant le participant sur 10 dimensions et 38 items adaptés aux soins primaires (tableau 2).

Son élaboration a fait suite à une enquête d'identification des dimensions clés de la culture de sécurité en cabinet médical libéral et des termes appropriés à utiliser dans le sondage. Une enquête de faisabilité a été effectuée auprès de plus de 4 100 praticiens (de spécialités variées) sur plus de 200 cabinets médicaux aux États-Unis. L'analyse statistique a permis l'examen de la validité et de la fiabilité des dimensions de culture de sécurité. Sur la base de ces analyses, les termes et dimensions du questionnaire ont été jugés avoir de bonnes propriétés psychométriques.

L'enquête est validée pour une utilisation dans les cabinets médicaux ambulatoires disposant d'au moins cinq professionnels (dans un souci de protection de l'anonymat) ou à un ensemble de plusieurs cabinets médicaux dans une organisation de santé collective. Les données peuvent être alors regroupées à des fins de rétroactions. Il est conçu pour être administré à tout le personnel du cabinet (professionnel médical et paramédical, secrétaire,...).

L'enquête est validée pour être proposée dans le cadre de plusieurs objectifs :

- Sensibiliser les responsables et l'équipe à la sécurité des patients
- Evaluer l'état actuel de la culture de sécurité des soins
- Identifier les forces et les domaines d'amélioration de la culture de sécurité
- Examiner l'évolution de la culture de la sécurité au fil du temps et évaluer l'impact des initiatives et des interventions en matière de sécurité
- Effectuer des comparaisons entre structures

4.5.4.2. *Le MaPSaf (Manchester Patient Safety Framework) primary care*

La version utilisable en soins primaires est une méthode mixte relayée par la NHS au Royaume-Uni depuis 2007 (31). Elle est utilisée comme un exercice d'autoréflexion sur la culture de sécurité des soins d'une équipe. A l'aide d'un questionnaire, les participants sélectionnent pour chacune des 9 dimensions la description du niveau de maturation de leur organisation qui lui paraît la plus adaptée (niveau A : pathologique, B : réactive, C : bureaucratique, D : proactive, E : générative.) (32). Un deuxième temps de discussion est pratiqué en équipe, afin de comprendre la présence de différences entre les réponses, d'en trouver les causes et d'arriver à un consensus.

Les auteurs recommandent son utilisation dans le cadre des objectifs suivants :

- Sensibiliser l'équipe au concept multidimensionnel complexe de la culture de sécurité
- Faciliter la réflexion sur la culture de sécurité
- Stimuler la discussion sur les forces et les faiblesses de la sécurité des soins au sein de l'organisation et aider à comprendre les axes de développement
- Mettre en avant toute différence de perception entre les membres de l'équipe
- Aider à évaluer toute tentative de changement de la culture de sécurité d'une organisation

En France, un sondage IPSOS s'inspirant du MaPSaF a été réalisé en 2011 à la demande de la HAS (33). Son objectif était d'appréhender les opinions, les attitudes et les comportements des professionnels en ville en matière de sécurité des soins, et d'utiliser les résultats comme pré-requis à la définition d'actions d'amélioration. L'objectif secondaire était de pouvoir répéter ce sondage à distance afin de mesurer les évolutions de la culture de sécurité des soins. Ce sondage portait sur 300 médecins généralistes, 100 infirmiers et 100 pharmaciens d'officine, et utilisait des indicateurs d'opinions, d'attitudes et de comportements sélectionnés dans la littérature. Le support utilisé était un questionnaire auto-administré en ligne, précédé d'un pilote qualitatif pour s'assurer de la bonne compréhension et de l'ergonomie de celui-ci.

Cette étude a mis en avant que 50 % des infirmiers libéraux semblaient avoir intégré une démarche d'analyse des EIAS dans leur pratique pour seulement 25 % des médecins généralistes et 13% des pharmaciens d'officines.

Il existe un dernier type d'outil d'évaluation proposé par la HAS : le Q18 (34) (35). Il s'agit d'un questionnaire simplifié à 18 questions inspiré de l'adaptation du MaPSaF, et validé uniquement dans le cadre de l'évaluation de la culture de sécurité des soins des médecins généralistes. Le questionnaire est disponible sur demande pour toutes les associations de médecine générale qui souhaitent le proposer à leurs adhérents. Il se présente sous la forme d'un lien internet spécifique communiqué par la HAS. Elle collecte de façon anonyme les données et envoie les résultats sous forme d'analyses statistiques. Il existe aussi un format Excel disponible en ligne, le médecin généraliste accédant aux résultats immédiatement.

4.6. Concept de résilience

Une autre notion apportée par l'étude du concept de la culture de sécurité peut aider à concevoir son intérêt dans une organisation de santé. **La résilience introduit la capacité d'une organisation à "anticiper, détecter précocement, et répondre adéquatement à des variations du fonctionnement du système par rapport aux conditions de référence."** (5).

Elle doit donc :

- Etre consciente que le niveau de sécurité d'un moment est toujours menacé par les évolutions du système, notamment les contradictions entre objectifs de sécurité à long terme et les objectifs de productivité à court terme
- Favoriser à la fois la remontée des alertes et leur mise en débat

En psychologie, la résilience est définie comme "la capacité d'une personne ou d'un groupe à bien se développer, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'évènements déstabilisants [...]. Elle n'est jamais absolue, totale, acquise une fois pour toute. Il s'agit d'une capacité qui résulte d'un processus dynamique, évolutif." (36).

Ces définitions ne sont pas spécifiques au domaine de la santé, mais les caractéristiques de continuité d'adaptation à une série d'évènements, et de dynamisme sont récurrentes dans le concept de culture de sécurité. Nous pouvons donc en déduire qu'une structure de soins résiliente est théoriquement une structure dans laquelle une culture de sécurité des soins

apprenante de ses erreurs a été intégrée, et à laquelle tous les individus adhèrent et participent. Elle correspond bien à la description d'une culture intégrée vue précédemment.

5. Spécificité de la sécurité des soins en médecine générale

La particularité de la gestion des risques en médecine générale tient du fait qu'il existe un nombre important de type de pratiques avec autant de risques spécifiques. **Dans leur ouvrage "Audit de sécurité des soins en médecine de ville", AMALBERTI et BRAMI** retrouvent 11 dimensions du risque spécifiques à la pratique de la médecine générale (37) :

- La gestion de la consultation
- La consultation virtuelle (par téléphone, mail, ...)
- La gestion des urgences surajoutées aux consultations programmées
- Les visites à domicile
- La tenue du dossier médical et des prescriptions
- L'organisation du cabinet (procédures de conformité, d'hygiène, ...)
- La communication entre professionnels (libéraux et hospitaliers)
- Les relations avec les patients
- L'information et l'éducation du patient
- La gestion du temps
- Les évènements indésirables détectés

Cette particularité mériterait d'obtenir des études spécifiques à cette spécialité, en utilisant des termes dont les définitions seraient consensuelles, permettant ainsi l'interprétation de leurs résultats. Le consensus sur ces définitions devrait faciliter l'adhésion des médecins aux méthodes d'évaluation de la culture de sécurité (38), le risque étant, dans le cas contraire, une mauvaise compréhension des termes utilisés. Dans ce sens, le sondage IPSOS de la HAS (33) montrait que 12,6% des médecins interrogés ne connaissaient pas ou mal la définition donnée d'évènement indésirable associé aux soins, et 71% des médecins ne se sentaient pas assez bien formés en matière de sécurité.

Nous citerons principalement les définitions proposées par l'OMS et la HAS.

5.1. Définitions

5.1.1. Les soins primaires

Le terme de soins primaires est la traduction du terme de *primary care* qui est défini en 1978 par l'OMS comme **"le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système de santé national, rapprochant le plus possible les soins de santé de l'endroit où vivent et travaillent les gens, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire"**.

Un travail de la HAS datant de 2015 sur la terminologie à utiliser en dehors des établissements de santé (39) propose la définition de Gérard DE POUVOURVILLE : "La recherche sur les soins primaires recouvre des thèmes qui vont porter non seulement sur la médecine générale mais sur l'ensemble des services de santé de première ligne."

Ces deux approches des soins primaires semblent particulièrement appropriées pour l'utilisation dans le cadre d'une organisation pluri-professionnelle.

5.1.2. Sécurité et qualité des soins

La sécurité est définie par l'OMS comme une réduction du risque de dommage évitable à un niveau minimal tolérable. La démarche de sécurité est donc une démarche de diagnostic, d'identification et d'analyse d'un problème indésirable survenu sur un patient, ses causes pouvant être accessibles à une amélioration technique, organisationnelle... (22).

La qualité des soins est définie comme "la délivrance à chaque patient de l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, pour un même résultat au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats, et de contacts humains." (2).

La démarche qualité a un périmètre plus large que la sécurité, dont trois principales cibles : le système (accès aux soins, gestion du cabinet, dossier médical), les procédures (par

exemple un plan de traitement, protocole insuline) et les résultats (amélioration de la morbi-mortalité).

5.1.3. Erreur médicale

L'OMS la définit comme "une défaillance dans le déroulement d'une action planifiée ou dans la planification d'une action." (22). Elle peut se produire soit par omission (prise en charge insuffisante), soit par commission (examen injustifié) (2).

Il est régulièrement trouvé dans la littérature que pour beaucoup d'auteurs sa connotation péjorative l'associe à la notion de faute, qui est par opposition le manquement à un règlement préétabli ou à une loi (2).

5.1.4. Evènement indésirable (EI)

L'OMS recommande, préalablement au recueil et à l'analyse des EI, d'utiliser une terminologie standardisée. En ce sens elle a réalisé en 2009 une taxonomie (une définition précise des termes utilisés et une classification de ces termes (15)) des EI : la classification ICPS (*The International Classification for Patient Safety*) dont l'objectif était de développer une taxonomie institutionnelle internationale pour la sécurité des patients (40).

Une définition de l'EI est ressortie de ce travail de synthèse (22) : "**un dommage inattendu résultant d'un acte justifié pour lequel la procédure appliquée était correcte dans le contexte où l'évènement est survenu.**".

Cette dernière définition permet d'éviter l'amalgame avec la faute médicale en situant l'EI dans une situation où l'acte est justifié.

5.1.5. Evènement indésirable associé aux soins (EIAS)

Une atteinte associée aux soins est définie par l'OMS comme "une atteinte découlant de ou associée à des projets ou à des mesures prises pendant que les soins ont été dispensés et qui ne résulte pas d'une maladie ou d'un traumatisme sous-jacent."

En France, la définition qui a été retenue par l'étude ESPRIT (3) puis validée dans les soins primaires par la HAS en 2014 a été obtenue suite à des focus groupes de médecins généralistes travaillant sur les définitions de l'OMS : "un évènement ou une circonstance associée aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient, et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau".

L'utilisation du terme d'EIAS permet d'appréhender en amont de l'erreur, la multiplicité des facteurs qui interviennent autour du patient, leurs interactions, la complexité des mécanismes ayant concouru à cet évènement.

5.2. L'apport des principales études françaises sur la sécurité des soins en médecine générale

5.2.1. La prévalence des EI

L'étude PHARE a été menée en 1994 par l'Institut de Recherche en Médecine Générale (15). L'objectif était d'apprécier les manifestations d'intolérance clinique des prescriptions en médecine générale et déclarées par les patients. Elle a suivi les prescriptions de 1 854 patients sur 220 médecins généralistes. **18,7% des patients interrogés ont déclaré un EIAS et plus de 4% des ordonnances des médecins généralistes induisaient un évènement indésirable ayant nécessité la reprise de l'ordonnance.**

La première Etude épidémiologique Nationale française sur les Evènements Indésirables graves liés aux Soins (**ENEIS**) date de 2004. Cette étude prospective a permis une observation de l'incidence des EIAS sur un échantillon randomisé de patients hospitalisés, puis une analyse des causes de ces EIAS. Elle a porté sur 292 unités de soins de médecine ou de chirurgie long et moyen séjour, dans 71 établissements publics et privés. 8754 patients et 35 234 jours d'hospitalisations ont pu être observés. Sur les **450 évènements indésirables identifiés, 195 avaient conduit à une hospitalisation** dont 46,2% jugés évitables, et **deux tiers d'entre eux étaient liés à la médecine générale.** Elle ne donnait qu'un aperçu de l'incidence des évènements indésirables en soins primaires car elle ne comptabilisait que les

événements détectés lors d'une hospitalisation, donc plus particulièrement les événements indésirables graves.

Une seconde étude a été menée en 2009 (ENEIS 2) (41). La même méthodologie a été respectée afin de permettre une comparaison avec les données de 2004. Il n'a pas été démontré de réel changement par rapport aux résultats précédents.

L'étude ESPRIT menée en 2013 était une étude épidémiologique transversale visant à estimer la fréquence d'actes en lien avec un EIAS en médecine générale (3). Le recueil des EIAS se faisait par des médecins généralistes appartenant aux Groupes régionaux d'observation de la grippe. Sur 12 348 actes de consultations et de visites, **317 EIAS (dont 270 jugés évitables) ont été pris en compte. Un médecin généraliste était confronté à un EIAS tous les deux jours en moyenne**, dont 77% des cas sans atteinte clinique du patient et 2% correspondant à un EI grave.

5.2.2. Les causes d'EI

L'étude ESPRIT comprenait un deuxième temps de classification analytique des EIAS relevés. Les EIAS évitables étaient classés en 2 catégories (figure 2). La première regroupait **la majorité des causes retrouvées d'EIAS, liées à un problème de procédure de soins (78,2%)**. Les causes les plus retrouvées dans cette catégorie étaient un problème de **coordination des soins** (23,8%, dont le défaut de disponibilité des soins s'élevant à 4,9%), de **traitement médicamenteux** (19,2%) ou **de communication** (18,3%, principalement avec le patient : 8,4%). La seconde catégorie regroupait les causes en lien avec un défaut de connaissances ou de mobilisation des connaissances (21,8%).

Typologie	EIAS totaux		EIAS évitables	
	Effectif	%	Effectif	%
1 Erreurs de procédures de soins	320	67,4%	269	78,2%
<i>1.1 Erreurs liées à la coordination du système de soins</i>	<i>99</i>	<i>20,8%</i>	<i>82</i>	<i>23,8%</i>
1.1.1 Identification incorrecte du patient	10	2,1%	10	2,9%
1.1.2 Rendez-vous et messages	11	2,3%	10	2,9%
1.1.3 Enregistrement du dossier, du patient	14	3,0%	13	3,8%
1.1.4 Système de rappel	2	0,4%	2	0,6%
1.1.5 Système informatique	8	1,7%	5	1,5%
1.1.6 Maintien d'un environnement physique sûr	7	1,5%	7	2,0%
1.1.7 Disponibilité des soins, heure, personnel inadéquat	27	5,7%	17	4,9%
1.1.8 Secret professionnel	13	2,7%	13	3,8%
1.1.9 Pratique ou procédure de soins non spécifiée	7	1,5%	5	1,5%
<i>1.2 Erreurs liées aux examens complémentaires</i>	<i>46</i>	<i>9,7%</i>	<i>42</i>	<i>12,2%</i>
1.2.1 Identification incorrecte du patient	4	0,8%	4	1,2%
1.2.2 Processus de requête d'un examen	8	1,7%	6	1,7%
1.2.3 Processus d'entreprise d'un examen	13	2,7%	12	3,5%
1.2.4 Processus de compte-rendu ou gestion de compte-rendu	19	4,0%	19	5,5%
1.2.5 Autres	2	0,4%	1	0,3%
<i>1.3 Erreurs liées aux traitements médicamenteux</i>	<i>71</i>	<i>14,9%</i>	<i>66</i>	<i>19,2%</i>
1.3.1 Rédaction électronique ou manuscrite de la prescription	32	6,7%	32	9,3%
1.3.2 Autre erreur liée à la réalisation d'une prescription	19	4,0%	19	5,5%
1.3.3 Délivrance du traitement	10	2,1%	6	1,8%
1.3.4 Auto médication par le patient	10	2,1%	9	2,6%
<i>1.4 Erreurs liées aux traitements non médicamenteux</i>	<i>21</i>	<i>4,4%</i>	<i>16</i>	<i>4,7%</i>
1.4.1 Processus de vaccination	7	1,5%	5	1,5%
1.4.2 Processus d'entreprise d'un traitement non médicamenteux	12	2,5%	10	2,9%
1.4.3 Autres processus non spécifiés	2	0,4%	1	0,3%
<i>1.5 Communication et autres processus non spécifiés</i>	<i>83</i>	<i>17,5%</i>	<i>63</i>	<i>18,3%</i>
1.5.1 Avec le patient	44	9,3%	29	8,4%
1.5.2 Avec l'hôpital	5	1,1%	5	1,5%
1.5.3 Avec les autres soignants du parcours de soins	25	5,3%	23	6,7%
1.5.4 Erreurs de référents dans le parcours de soins	2	0,4%	1	0,3%
1.5.5 Autres	7	1,5%	5	1,5%
2 Erreurs de connaissances et de compétence et mobilisation de ces connaissances/compétences	81	17,1%	75	21,8%
<i>2.1 Erreurs de diagnostic</i>	<i>17</i>	<i>3,6%</i>	<i>14</i>	<i>4,1%</i>
2.1.1 Dans la prise des antécédents ou interrogatoire du patient	6	1,3%	4	1,2%
2.1.2 Dans l'examen clinique	3	0,6%	3	0,9%
2.1.3 Dans les examens complémentaires (prescription et interprétation)	5	1,1%	5	1,5%
2.1.4 Autres	3	0,6%	2	0,6%
<i>2.2 Erreurs de gestion des soins du patient</i>	<i>64</i>	<i>13,5%</i>	<i>61</i>	<i>17,7%</i>
2.2.1 Gestion d'un traitement médicamenteux	40	8,4%	38	11,1%
2.2.2 Erreur de savoir-faire dans la gestion d'une vaccination	4	0,8%	4	1,2%
2.2.3 Erreur de savoir-faire dans la gestion d'une procédure	20	4,2%	19	5,5%
2.2.4 Autres	0	0,0%	0	0,0%
3 Effets indésirables des médicaments	74	15,6%	0	0,0%

Figure 2 : Etude ESPRIT, répartition des EIAS évitables selon la classification de MAKEHAM.

Une étude française portant sur 1 074 plaintes en médecine générale déposées auprès du Sou médical-MACSF entre 2003 et 2005 (2), montrait que les trois premières catégories d'EIG retrouvées étaient :

- Un retard diagnostique de pathologies aiguës ou évolutives (36,2%)
- Une conduite thérapeutique insuffisante (délai trop important de décision de traitement, schéma thérapeutique insuffisamment performant) (26,3%)
- Des effets médicamenteux indésirables (erreur sur l'ordonnance, erreur de délivrance, prescription hors AMM,...) (10,2%)

Cette étude est plus représentative des EIG car basée sur un contexte assurantiel en tenant compte des EIAS ayant provoqué une plainte.

L'étude ECOGEN (étude des Eléments de la Consultation de médecine GENérale) était une étude nationale transversale multicentrique, conduite par le Collège national des généralistes enseignants entre 2011 et 2012 (42). Elle était motivée par **la nécessité de mieux connaître le contenu de la consultation du médecin généraliste**. Les données ont été recueillies par 54 internes de médecine générale supervisés par des maîtres de stage universitaires et formés au mode de recueil des données. Ils étaient répartis sur 128 centres constitués de cabinets médicaux. Ils ont recueilli des données sur un minimum de 400 consultations par interne durant une période de 20 jours répartis sur une durée de 5 mois. Dans un second temps, les données étaient codées puis classées selon la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP2). Les données relatives à la survenue d'un événement porteur de iatrogénie ont été classées et analysées :

- Intoxication médicamenteuse (surdosage délibéré ou accidentel d'un produit curatif)
- Allergie et intolérance médicamenteuse (tout symptôme attribué à l'usage correct du médicament)
- Effet secondaire de matériel prothétique (inconfort, handicap, douleur ou limitation de la fonction)
- Complication de traitements non médicamenteux

Sur 20 781 consultations analysées, 884 consultations présentaient au moins un EIAS, soit 4,3% des consultations (43). Ces consultations étaient plus longues et plus fréquemment faites en visite par rapport aux autres consultations. La iatrogénie s'est située en septième

position parmi les dix problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés et les effets médicamenteux ont représenté environ deux tiers des EIAS totaux (65,7 %). Les cardiotropes, les psychotropes, les antalgiques et les anti-infectieux ont été les molécules les plus souvent incriminées. Cette étude a mis en avant les caractéristiques du "patient à risque" : les EIAS étaient significativement plus fréquents chez les femmes, et plus fréquents chez les patients en ALD et chez les personnes âgées, indépendamment du sexe. Mais ces résultats étaient possiblement sous évalués car la population des médecins participants était constituée de maitres de stage universitaires, dont la pratique professionnelle peut être supposée plus exigeante (nombre d'actes par jour et/ou durée de consultation plus longue). Par ailleurs, les médecins et internes qui ont participé n'ont pas bénéficié d'une formation spécifique à la sécurité des soins en ville, et aucune définition d'un EIAS ne leur avait été communiquée.

5.3. Les freins connus au développement de la culture de sécurité en médecine générale

L'enquête de la HAS de 2011 interrogeait les médecins généralistes, infirmiers et pharmaciens sur les freins pouvant expliquer la sous-déclaration des EI. Les principales causes évoquées étaient :

- Le manque de temps
- L'absence d'organisation dédiée au signalement et à l'analyse des EI
- Le manque d'information méthodologique et d'accompagnement
- La difficulté à identifier un événement comme étant un EI
- Le fait que l'on n'ait pas droit à l'erreur
- La peur des reproches de la part du patient ou de son entourage
- La crainte judiciaire et la sanction
- Le sentiment de culpabilité

Il existe un système de déclaration national des EIAS en France, lancé par la HAS et le ministère de la santé (44). Cette plateforme de signalement est accessible à tous les professionnels de santé et aux patients. Mais les données analysées sont rendues par des

recommandations de bonnes pratiques ou par la modification ou le retrait d'un produit. Il n'y a, à l'heure actuelle, pas de rétroaction locale possible.

De plus, il existe une plateforme de signalement des EIAS sur le site de la revue "Prescrire" (45). Le signalement entraîne une analyse et une publication de retour d'expérience dans la revue, mais elle nécessite l'abonnement du praticien.

Par ailleurs AMALBERTI et BRAMI ajoutaient les freins suivants (2) :

- La vision d'une déclaration comme une formalité administrative de plus
- Le statut du médecin généraliste, qui par son exercice isolé, est plus difficile à inclure dans une culture de responsabilité collective

Le développement d'un système de gestion des risques et l'évaluation d'une culture de sécurité paraissent donc plus complexes lors de l'exercice seul. Les dimensions de la culture de sécurité y sont plus difficiles à appréhender (notion de capacité à diriger, de travail d'équipe, ...) mais pas impossibles (34). Par exemple, la participation aux groupes de pairs offre au praticien la possibilité d'effectuer un retour d'expérience et une formation continue.

L'évolution du mode d'installation des médecins généralistes tend depuis plusieurs années à se développer en structure ou en organisation pluri-professionnelle. L'enquête de démographie de la médecine générale produite par l'INPES en 2009 montrait sur un échantillon de 2 083 médecins généralistes que 52% exerçaient en groupe, et 77,6% chez les 40 ans ou moins (46).

Le travail en équipe et la capacité à diriger deviennent dans ce contexte des dimensions plus concrètes de la culture de sécurité en soins primaires. Le développement de ces organisations de santé amène donc le développement de la recherche dans ce domaine spécifique (21).

6. La culture de sécurité des soins en pôle de santé

6.1. Implémentation d'une culture ou acculturation ?

La définition d'une implémentation est "le fait d'effectuer l'ensemble des opérations qui permettent de définir un projet et de le réaliser" (47). Ce concept pourrait être compatible avec le fait de vouloir mettre en place un système collectif de gestion des risques, mais cette approche n'implique pas la notion d'une modification des cultures professionnelles des individus concernés.

Elle est plus sous-entendue dans la définition socio-anthropologique du concept d'acculturation. Ce terme se rencontre dans l'anthropologie anglo-saxonne du XIX^{ème} siècle dans laquelle on peut le définir comme "l'ensemble des phénomènes et des processus qui accompagnent la rencontre entre deux cultures différentes.". La notion d'acculturation pose le problème de sa racine : la notion de culture, décrite comme ambiguë dans tous les domaines, explique donc la difficulté d'en trouver une définition unique (48).

Sur le plan sociologique, la création d'une structure de soins implique la construction d'un projet commun au risque de la confrontation des valeurs et des croyances des individus. L'écoute et l'analyse paraissent donc les piliers essentiels d'une prise de conscience et d'un travail collectif afin de parvenir à formuler ce projet commun (1).

6.2. Les particularités des pôles de santé

Un pôle de santé est défini par la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) comme "**un regroupement de professionnels de santé ayant différents modes d'exercice. Sur le territoire défini, le pôle de santé peut développer des activités de soins de premier recours, voire de second recours, des actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire.**" (49). Le lieu d'exercice ne comprend pas forcément un lieu géographique précis, contrairement à la maison de santé qui est "un lieu où exerce une équipe de soins de premier recours composée d'au moins deux généralistes et un autre professionnel des soins de santé de premier recours."

Ces organisations pluri-professionnelles des soins primaires ont commencé à se mettre en place depuis la loi du financement de la sécurité sociale de décembre 2007, puis redéfinies en 2009 (50). Elles émergent autour d'un **projet de santé collectif** dans le but de répondre aux besoins de santé de la population locale concernant :

- Une réponse aux demandes de soins programmés et non programmés
- Une prise en charge des maladies chroniques
- Une organisation de la prévention et du dépistage

Ce projet de santé a aussi pour but de répondre aux aspirations professionnelles d'une meilleure qualité de travail (21). Le projet de santé est un important temps de travail collectif car il doit refléter le projet de l'équipe (51) et permettre de lancer une dynamique. Il est présenté dans un second temps à l'ARS pour obtenir une validation et un financement.

Le **projet professionnel décrit l'organisation du travail** qui doit permettre la mise en place du projet de santé, et concernent généralement :

- Les modalités de gestion des données médicales
- La création de protocoles pluridisciplinaires
- L'éducation thérapeutique
- Un développement de la maîtrise de stage et de formation des étudiants
- Une coordination avec les autres intervenants

Cela implique donc une volonté des professionnels à travailler en équipe, à coordonner et parfois modifier leurs pratiques, et à communiquer ensemble (1). Les leviers permettant la pérennité de ce type d'organisation se rapprochent de certaines dimensions aboutissant à une culture de sécurité positive et intégrée, comme :

- Une capacité à diriger permettant la mobilisation et le rassemblement
- Une équipe motivée et impliquée
- Un projet de santé commun, établi après une étude des besoins d'offre de soins

La comparaison des résultats des études ENEIS 2004 et 2009 avançait la possibilité, parallèlement à l'évolution des prises en charges, des actes techniques et des prescriptions plus complexes, de l'existence d'une barrière d'ordre culturelle comme hypothèse pour expliquer l'absence d'amélioration sur la fréquence des EIAS (21). D'autres auteurs ont suggéré que peu de managers avaient fait de la sécurité une des premières priorités ou

avaient apporté les ressources nécessaires à une amélioration de la sécurité des soins. L'organisation d'un pôle de santé permet une approche différente du management, peut être moins hiérarchique qu'un établissement de santé. En effet, les responsables y sont des professionnels de santé exerçant au sein de cette organisation.

Nous pouvons donc faire l'hypothèse que **la dynamique de création d'une organisation pluri-professionnelle, l'élaboration du projet professionnel et les leviers de sa pérennité pourrait servir de levier à une acculturation de la sécurité des soins et à un travail de mutualisation des efforts de gestion des risques.**

6.3. Le pôle de santé d'Evreux

Le pôle de santé libéral ambulatoire (PSLA) du bassin d'Evreux était en réflexion depuis plusieurs années et sa création a été lancée en juillet 2016. Il comprenait le 2 décembre 2017, à l'heure où nous avons débuté l'enquête, 59 professionnels de santé adhérents, dont 22 médecins généralistes et spécialistes, 18 infirmiers libéraux, 11 pharmaciens, 3 kinésithérapeutes, 3 podologues, 1 orthophoniste et 1 diététicienne. Le critère d'inclusion géographique des professionnels n'a pas de limitation précise. Il s'appuie principalement sur le territoire de l'ancienne dénomination du Grand Evreux Agglomération qui comprenait la ville d'Evreux et 36 communes alentour.

6.4. Choix de l'outil d'évaluation de la culture de sécurité en pôle de santé

Nous avons vu précédemment les outils d'évaluation de la culture de sécurité. **Les deux principaux outils recommandés par la LINNEAUS Collaboration sur le plan international pour évaluer une culture de sécurité en soins primaires dans le cadre d'une organisation pluri-professionnelle sont le MOSPSC et le MaPSaF.**

3 qualités nous importaient principalement :

- Son acceptabilité par la communauté médicale
- La standardisation des réponses

- La comparabilité des résultats

Les deux tests ont obtenu la validation de leurs propriétés psychométriques dans leur langue d'origine, mais il n'existe pas pour le moment de traduction française officielle. Ils répondent à une utilisation en réseau de soins primaires, plus ressemblant à l'organisation des soins des pays anglo-saxons. Ils visent des objectifs de sensibilisation des professionnels sur la sécurité des soins et d'identification des forces et des faiblesses comme des axes de développement futur.

Le MaPSaf *primary care* est un outil d'autodiagnostic permettant à tous les membres d'une équipe de professionnels de santé de se situer selon leur degré d'imprégnation et d'implication dans la sécurité des soins. L'avantage du MaPSaf est d'avoir une démarche secondairement collective de discussion des résultats et des différences de perception. Mais son utilisation visant à proposer au professionnel de tester son opinion sur le niveau de maturité de l'organisation nous a porté à croire qu'elle pourrait être moins pertinente dans une organisation en cours d'élaboration, sans procédures collectives ou organisation mises en place pour le moment.

Le MOSPSC est un questionnaire auto-administré applicable à plusieurs cabinets médicaux regroupés dans une organisation de santé collective. **Nous avons donc choisi d'utiliser cet outil qui semble adapté à l'organisation d'un pôle de santé.** Par ailleurs, notre choix d'utiliser un questionnaire validé et déjà exploité nous permettrait de situer l'ensemble de notre travail dans une perspective plus vaste de travaux de recherche dans le domaine de la sécurité et de qualité des soins.

L'évaluation d'une attitude individuelle ou d'une perception vis-à-vis d'un sujet amène la nécessité de répondre à un certain nombre de critères :

- La cohérence temporelle ou fiabilité de "re-testage" : en cas de mesures répétées à des dates différentes et sous des conditions comparables, les répondants montrent les mêmes évaluations.
- La cohérence interne : la cohérence interne d'un test renvoie à la bonne cohésion structurale des dimensions et des items qui les composent.

7. Objectifs de travail

Dans son rapport *seven steps to patient safety in general practice* de 2009 (17), la NPSA place la construction d'une culture de sécurité en soins primaires comme première marche vers une sécurité du patient, en détaillant principalement 2 étapes :

- Effectuer un premier audit pour évaluer la culture de sécurité
- Mettre en évidence les réalisations dans l'amélioration de la sécurité et être ouvert aux faiblesses qui débouchent sur un champ d'actions d'amélioration

Le principal objectif de ce travail constituera donc une première étape de ce cheminement vers une sécurité des soins au sein de notre pôle de santé d'Evreux.

Nous faisons l'hypothèse pour cela que l'élaboration du projet professionnel du pôle de santé d'Evreux crée une dynamique qui devrait servir de levier à une acculturation de la sécurité des soins et à un travail de mutualisation des efforts de gestion des risques.

Nous effectuerons une première évaluation en utilisant le questionnaire MOSPSC de l'AHRQ auprès des médecins généralistes du pôle de santé d'Evreux afin de les sensibiliser sur la sécurité des soins.

Nous estimerons satisfaisant un taux de réponse supérieur à 80 % pour juger d'une bonne probabilité de la sensibilisation des médecins du pôle sur la sécurité des soins et la gestion des risques. Nous nous baserons sur le CCECQA qui considérait ce taux comme nécessaire pour que les résultats puissent représenter les perceptions et les pratiques déclarées des professionnels en matière de sécurité des soins dans une unité de travail.

Cette première évaluation nous permettra, **en cas d'atteinte d'un tel taux de participation, de dresser un premier état des lieux des perceptions et des pratiques déclarées des praticiens, ce qui nous éclairera sur les points forts et des points faibles à développer quant à la gestion des risques** et de pouvoir amorcer une réflexion collégiale.

Par ailleurs, cette dynamique de création du pôle peut nous faire penser que **le taux de réponse des médecins du pôle de santé pourrait être supérieur à celui des médecins de l'agglomération d'Evreux non encore adhérents au pôle.**

MATERIELS ET METHODES

1. Objectifs du travail

1.1. Type d'enquête

Il s'agissait d'une étude observationnelle déclarative réalisée à partir du questionnaire MOSPSC (*Medical Office Survey on Patient Safety Culture*) de l'AHRQ afin d'évaluer les perceptions et le ressenti des médecins généralistes du pôle de santé d'Evreux sur les questions de sécurité des soins au sein de leurs cabinets médicaux.

Par principe méthodologique, ce travail a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 2 février 2018 enregistrée sous le numéro 3p12448900a.

1.2. Objectif

Nous avons pour hypothèse que l'élaboration du projet professionnel du pôle de santé d'Evreux pourrait créer un dynamisme pouvant servir de levier à une acculturation de la sécurité des soins. **Nous avons donc décidé d'effectuer une première évaluation de cette culture en utilisant le questionnaire MOSPSC auprès des médecins du pôle de santé d'Evreux afin de les sensibiliser sur les questions de sécurité des soins.**

1.3. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était l'obtention d'un **taux de réponse supérieur à 80% parmi les médecins généralistes du pôle de santé** pour juger satisfaisant la bonne sensibilisation des médecins du pôle sur la sécurité des soins et la gestion des risques.

Les médecins du bassin d'Evreux ayant encore la possibilité de s'inscrire au pôle de santé au cours de notre étude, nous avons fait le choix de calculer le taux de réponse en utilisant le nombre d'adhérents selon leur réponse au questionnaire.

1.4. Critères secondaires de jugement

Le critère de jugement secondaire était de retrouver un taux de réponse supérieur auprès des médecins faisant partie du pôle de santé, en comparaison avec le taux de réponse des médecins d'Evreux non adhérents.

Cette première évaluation nous permettait, en cas d'atteinte d'un taux satisfaisant, de pouvoir dresser un premier état des lieux des perceptions et des pratiques déclarées des médecins généralistes du pôle, en distinguant les points forts et les points faibles à développer. Une dimension était considérée comme développée pour un score supérieur ou égal à 75%, et à améliorer pour un résultat inférieur ou égal à 50%.

1.5. Recherche bibliographique

Une première approche pragmatique fondé sur une recherche non systématique de la littérature a été effectuée avec l'aide d'une bibliothécaire de la faculté de Paris Descartes.

Les mots-clés utilisés étaient :

- Soins primaires = *primary care* et soins ambulatoires = *ambulatory care*
- Médecine générale = *general practice*
- Erreur médicale = *medical error* et évènement indésirable = *adverse event*
- Culture de sécurité = *safety culture* et *safety healthcare management*
- Outil de signalement = *reporting system*
- Gestion des risques et évaluation = *risk management* et *risk assessment*

Ces mots-clés ont été combinés par les opérateurs booléens AND, OR, NOT. Les principales bases de données informatisées utilisées étaient :

- La banque de données *SUDOC* (Système universitaire de documentation)
- *PubMed*
- *CISMeF* (Catalogue et Indexation des Sites Médicaux Francophones)
- *ScienceDirect*
- *La Banque de Données en Santé Publique*
- *Google* et *Google Scholar*

Nous avons dans un second temps recherché les outils d'évaluation de la culture de sécurité validés et les plus utilisés en soins primaires, proposés par les principales agences nationales de sécurité des soins aux Etats-Unis, au Royaume-Uni et en France.

2. Méthode de sélection des médecins participants

2.1. Population étudiée

La population cible comprenait tous les médecins généralistes adhérents au pôle de santé d'Evreux au 2 décembre 2017. Ils devaient pour cela figurer sur l'annuaire des adhérents au pôle de santé d'Evreux.

Pour répondre au critère de jugement secondaire, nous avons fait le choix de sélectionner les médecins généralistes ne participant pas au pôle d'Evreux mais présents sur la liste Eole 6 (Entente des Omnipraticiens Libéraux de l'Eure) de l'année 2018 qui concerne le secteur de garde des médecins localisés principalement sur la ville d'Evreux et la zone géographique du Nord-Ouest d'Evreux. Nous avons fait l'hypothèse qu'il était probable qu'il pourrait y avoir des médecins susceptibles d'adhérer au pôle secondairement dans cette zone.

2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

2.2.1. Les critères d'inclusion

- Exercice de la médecine générale et adhérent au pôle de santé d'Evreux
- Exercice de la médecine générale sur l'agglomération d'Evreux et participant au pôle de garde Eole 6, encore en activité en 2018, en cabinet seul, en groupe ou en cabinet pluridisciplinaire

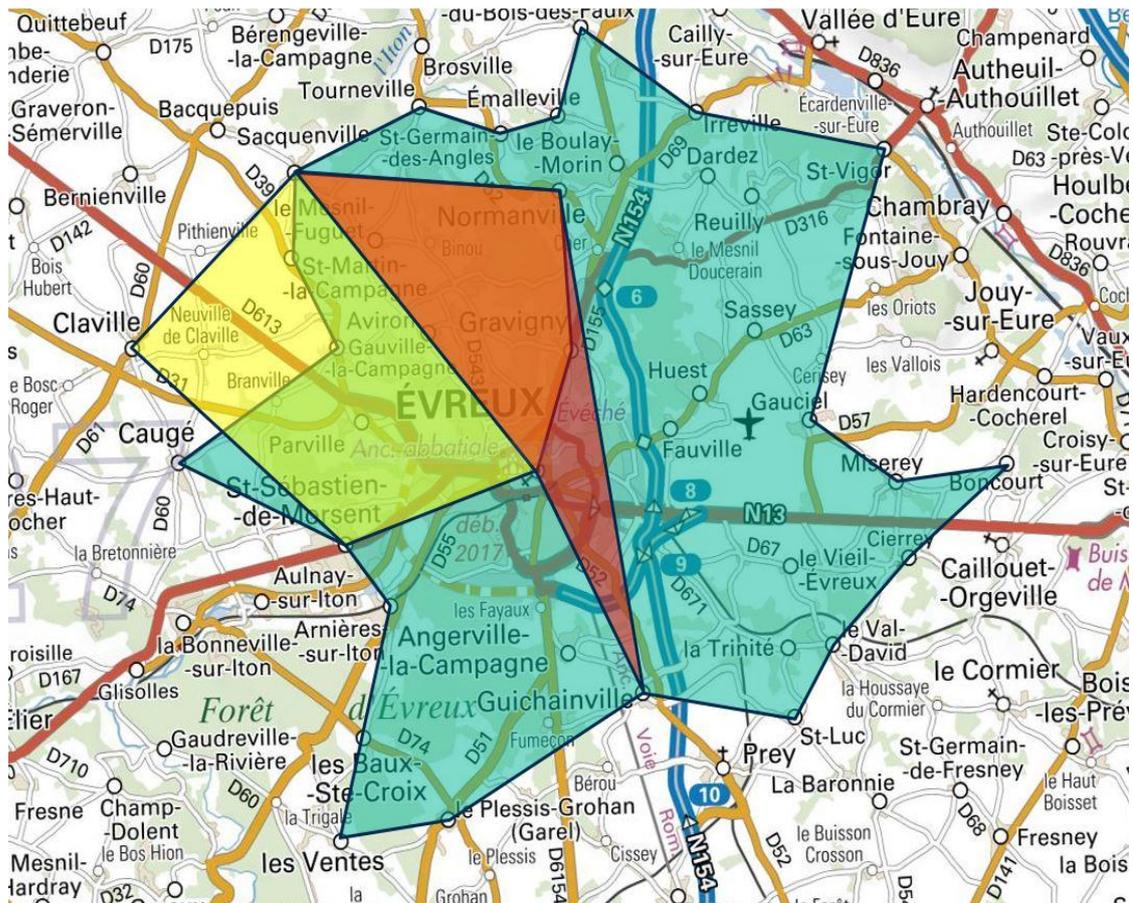


Figure 3 : Représentation de la limite d'adhésion au pôle de santé en vert, zone des médecins adhérents au pôle en rouge, zone Eole 6 en jaune (Carte effectuée sur le site <https://www.geoportail.gouv.fr/>).

2.2.2. Les critères d'exclusion

- Exercice de la médecine spécialiste d'organe ou chirurgicale
- Exercice de la médecine en établissement de santé
- Exercice d'une profession paramédicale dans et à l'extérieur du pôle

2.3. Modalités de recrutement des médecins participants

Les coordonnées des médecins sollicités ont été obtenues par l'annuaire des professionnels de santé du pôle qui comprenait, au 2 décembre 2017, 18 médecins généralistes, et par l'annuaire de la liste de garde Eole 6 qui comprenait 31 médecins soit au total 49 médecins généralistes recrutés.

3. Outil utilisé

3.1. Traduction du questionnaire

Nous avons choisi d'effectuer nous-mêmes la traduction du questionnaire en français. Elle a été effectuée par deux médecins généralistes dont un était bilingue, puis a été retranscrite sur un support informatique en ligne : *limesurvey*.

La demande d'autorisation d'utilisation et de diffusion du questionnaire a été faite et acceptée auprès d'un responsable de l'AHRQ par mail.

3.2. Description du MOSPSC et explications de fonctionnement

Le questionnaire traduit (cf. annexe) était composé de 65 items répartis sur 9 sections et permettait d'explorer les 10 dimensions précédemment décrites de la culture de sécurité des soins primaires selon l'AHRQ :

- **Les SECTIONS A et B proposaient au participant d'estimer la fréquence de survenue au cabinet des principales situations connues à risque d'évènements indésirables** (délai d'accès aux soins, identification du patient, tenue des dossiers médicaux, équipement médical, traitement pharmacologique, tests diagnostics, échanges d'informations entre différents types de professionnels de santé).
- **La SECTION C permettait d'évaluer les dimensions liées à l'organisation générale du cabinet médical :**
 - **Travail en équipe (items C1, C2, C5, C13)**
 - **Pression et charge de travail (items C3, C6, C11, C14)**
 - **Formation continue de l'équipe (items C4, C7, C10)**
 - **Standardisation des procédures (items C8, C9, C12, C15)**
- **La SECTION D permettait d'évaluer les dimensions de :**
 - **Ouverture de la communication au sujet de l'organisation (items D1, D2, D4, D10)**
 - **Communication sur l'erreur** entre les professionnels au sein du cabinet (items D7, D8, D11, D12)

- **Qualité du suivi des patients (items D3, D5, D6, D9)**
- La SECTION E était réservée aux professionnels qui n'occupaient pas un poste de management ou de responsable financier. Elle permettait d'explorer la dimension **Capacité à diriger**, en demandant au participant de donner son ressenti sur la priorité donnée par les responsables au domaine de la sécurité des soins (**items E1, E2, E3, E4**)
- La SECTION F concernait :
 - **L'organisation apprenante du cabinet**, la gestion des erreurs et les procédures de correction mises en place (**items F1, F5, F7**)
 - **Les perceptions globales de la sécurité des soins au sein du cabinet médical (items F2, F3, F4, F6)**
- La SECTION G permettait au participant de renseigner la perception qu'il avait de l'efficacité des dispositifs de **sécurité des soins** mis en place au cabinet, et de leur **qualité**, puis d'en donner une note globale.
- La SECTION H traitait les données générales du médecin répondant (l'ancienneté de l'exercice, le poste occupé au sein du cabinet, la quotité de travail hebdomadaire).
- La SECTION I laissait la possibilité au participant de déposer un commentaire libre sur le sujet de la sécurité des soins.

Les options de réponses étaient principalement présentées sous forme d'une échelle psychométrique de Likert de fréquence ou bien sur une échelle d'appréciation.

A chaque item, une option de réponse ne s'applique pas/ne sait pas était proposée.

Nous avons l'autorisation d'ajouter des items afin de personnaliser le questionnaire. Nous avons choisi d'ajouter une question concernant l'adhésion du répondant au pôle, et en cas de réponse négative, s'il envisageait d'en faire partie.

4. Méthode de recueil des données

4.1. Déroulement de l'enquête

Le recueil des données a eu lieu du 20 décembre 2017 au 27 janvier 2018.

Une lettre d'invitation contenant le lien vers le questionnaire a été envoyée par mail aux 49 médecins sélectionnés.

Nous avons par la suite effectué l'envoi d'un premier rappel par mail au septième jour, puis d'un second rappel à quinze jours pour les non réponses et les réponses incomplètes. Un dernier rappel par voie téléphonique a eu lieu pour les non réponses, en offrant la possibilité de remplir le questionnaire avec un nouveau lien par mail.

4.2. Saisie des données démographiques

Les données démographiques des médecins répondants étaient soit antérieurement connues (sexe), soit obtenues par le questionnaire (date d'installation dans le cabinet, quotité de travail hebdomadaire). Les autres données ont été obtenues par démarchage téléphonique auprès des médecins concernés ou des secrétariats téléphoniques (mode d'installation, âge).

Ces données ont été insérées dans un tableau Excel avant l'exploitation des données du questionnaire.

4.3. Saisie des données statistiques du MOSPSC

Les données de chaque questionnaire retourné étaient anonymisées, puis converties et exportées automatiquement de la plateforme *Limesurvey* vers un fichier Excel sans risque d'erreur de retranscription. Les réponses ont été cotées de 1 à 5 ou 6 selon les items afin de faciliter le travail de calcul de pourcentage des dimensions.

5. Méthode d'analyse des résultats

5.1. Validation du questionnaire

Nous nous sommes efforcés de vérifier plusieurs qualités métrologiques fondamentales d'un questionnaire.

5.1.1. Validation qualitative

Afin de procéder à la validité apparente du questionnaire (temps de passation, compréhension de notre traduction et de notre présentation, recherche de lacunes éventuelles) nous avons procédé à un pré-test, 1 mois auparavant, en envoyant une invitation à participer au questionnaire sur la plateforme *limesurvey* à 6 médecins du Groupe Qualité d'Evreux et adhérents au pôle de santé. Les commentaires recueillis ont été pris en compte. Ces médecins ont été sélectionnés car leur participation active à une démarche collective de réflexion sur nos pratiques nous portait à croire à une très bonne participation et à un esprit critique libre d'expression de leur part.

5.1.2. Validation quantitative

La validation quantitative a consisté à tester la corrélation des items entre eux au sein de chaque dimension permettant de mesurer leur cohérence interne. Nous avons utilisé à cet effet le test alpha de Cronbach via le logiciel SPSS25©. Pour chacune des 10 dimensions, un score d'au moins 0,7 est classiquement retenu (52). Le calcul est complété en supprimant un item parmi le total des items de la dimension concernée. Si le coefficient de Cronbach augmente de plus de 2% par rapport à son score initial, l'item est ciblé comme peu corrélé à la dimension qu'il doit explorer. Concernant la cohérence interne des items, elle est évaluée en corrélant chaque item avec l'ensemble des autres items de sa dimension en utilisant le coefficient de Pearson. Une corrélation de 0,3 ou plus est recommandée.

Pour nous assurer de la fiabilité du questionnaire, nous avons procédé à l'analyse de la cohérence temporelle des réponses du pré-test par le test de corrélation des rangs de Kendall via le logiciel SPSS25©, ce test étant adapté à des valeurs ordinales sur un petit échantillon.

5.2. Analyse des données du MOSPSC

Comme recommandé par le guide d'utilisation du questionnaire délivré par l'AHRQ, nous avons procédé à la vérification de chaque questionnaire retourné afin d'éliminer les réponses incomplètes. Les questionnaires contenant exactement la même réponse à tous les

items ont été éliminés. Les commentaires libres ont été examinés afin de s'assurer qu'ils ne contenaient aucune information permettant d'identifier le répondant.

Le taux de participation a été calculé pour la population totale des médecins sollicités, puis spécifiquement pour la population des médecins généralistes non adhérents au pôle et pour la population des médecins généralistes adhérents au pôle. Ce dernier se basait sur le nombre total des médecins ayant répondu "Oui" à la question "Etes-vous adhérent au pôle de santé d'Evreux ?".

Son calcul a suivi la formule :

$$\frac{\text{(Nombre de questionnaire retournés - incomplets)}}{\text{Nombre de participants éligibles ayant reçu le questionnaire}} \times 100$$

Nous avons organisé les sections par tableau et calculé les fréquences des réponses pour chaque item.

- Les sections A et B étaient notées sur une échelle de fréquence cotée de 1 à 6. La réponse cotée à 7 correspondait à "Ne s'applique pas ou ne sait pas". Les pourcentages des réponses ont été combinés en 3 catégories :
 - Les réponses positives cotées à 4, 5 et 6 regroupant : Jamais ces 12 derniers mois, Une ou deux fois ces 12 derniers mois, Plusieurs fois ces 12 derniers mois
 - Les réponses négatives cotées à 1 et 2 (Quotidiennement, Hebdomadairement)
 - Une réponse neutre cotée à 3 (Mensuellement)
- Pour les sections C, D, E et F, les réponses étaient cotées de 1 à 5. La réponse 6 correspondait à "Ne s'applique pas ou ne sait pas". Les pourcentages des réponses ont été combinés en 3 catégories :
 - Les réponses positives cotées 4 et 5 (Très en accord et D'accord, La plupart du temps et Toujours)
 - Les réponses négatives cotées 1 et 2 (Désaccord important et Pas d'accord, Jamais et Rarement)
 - Une réponse neutre cotée à 3 (Ni d'accord, ni pas d'accord ou Parfois)

Les réponses "Ne s'applique pas/Ne sait pas" et les réponses manquantes ont été exclues du calcul des pourcentages des réponses.

Le score d'une dimension a été obtenu en calculant la moyenne des réponses positives des items qui la composent. Par exemple, la dimension "Travail d'équipe" regroupait au sein de la SECTION C les items C1, C2, C5 et C13. Le calcul de son score faisait donc la moyenne des réponses positives de ces 4 items.

Certains items ont été libellés de manière négative. Le calcul du score de la dimension devait donc **utiliser l'inversion de la cotation des réponses des items négatifs.** Par exemple, la dimension "Formation continue" regroupait au sein de la section C les items C4, C7 et C10. L'item C10 étant formulé négativement, la moyenne devait être faite en utilisant les réponses positives des items C4 et C7 et les réponses négatives de l'item 10.

RESULTATS

1. Validation du questionnaire

L'épreuve du pré-test n'a recueilli qu'un commentaire sur le temps de passation, jugé supérieur au temps annoncé dans l'invitation.

La validité testée par le test alpha de Cronbach et de Pearson permettait de juger à quel point les items participant à une même dimension obtiennent des résultats similaires, et sont donc cohérents entre eux. Elle a été réalisée sur les 30 questionnaires obtenus (Annexe 2).

La dimension "Capacité à diriger" (SECTION E) n'a été évaluée que chez 5 répondants, les autres médecins ayant indiqués qu'ils étaient responsables financiers. La valeur élevée du Cronbach (0,984) mettait en doute la pertinence de cette dimension, tout du moins dans la population testée. En effet, l'excès de cohérence interne évoque la possibilité d'items redondants au sein d'une même dimension.

L'ensemble des dimensions avait un alpha de Cronbach qui se trouvait entre 0,765 et 0,954 témoignant d'une bonne cohérence interne de chaque dimension.

Les items au sein d'une même dimension avaient une corrélation de Pearson supérieur à 0,4 sauf pour l'item D5 avec les autres items de la dimension "Suivi du patient", et entre C3 et C11 dans la dimension "Pression et rythme de travail", dont le coefficient était légèrement inférieur à 0,4. Les items d'une même dimension semblaient donc bien évaluer le même concept dans l'ensemble.

Néanmoins, ce résultat soulève un doute sur la place ou la formulation de l'item D5 car, en cas de suppression de celui-ci, l'analyse du Cronbach montrait une valeur supérieure, tandis que la suppression de D3, D6 et D9 affectait négativement le score de Cronbach.

Le carré de la corrélation multiple correspond à un calcul de régression sur les autres items pris comme référence. Un score bas du carré de la corrélation multiple invite à reconsidérer la nature ou la place d'un item. On retrouve la problématique soulevée par l'item D5, dont le carré de la corrélation multiple est le plus bas (0,198).

Le test de corrélation des rangs de Kendall sur les 6 questionnaires participants au test-retest montrait une corrélation positive supérieure à 0,456 statistiquement significative avec $p < 0.0005$ (0,456/0,489/0,591/0,596/0,600/0,725).

2. Taux de participation

Le questionnaire a été envoyé aux 49 médecins généralistes recrutés, dont 18 présents sur la liste du pôle de santé d'Evreux, et 31 médecins hors pôle présents sur la liste Eole 6. Lors de l'envoi, 5 adresses mails de médecins hors pôle étaient invalides. Le questionnaire a donc été **envoyé à 44 médecins généralistes, soit 18 médecins du pôle et 26 médecins hors pôle.**

Nous avons obtenu 18 questionnaires dont les répondants avaient coché "Oui" à la question "*Faites-vous partie du pôle ?*". **Le taux de participation des médecins adhérents au pôle de santé était de 100%.**

1 médecin présent sur la liste du pôle de santé avait rempli le questionnaire de façon incomplète, donc non interprétable.

Nous avons obtenu 13 questionnaires dont les répondants avaient coché "Non" à la question "*Faites-vous partie du pôle ?*". 1 questionnaire était rempli de façon incomplète, nous avons donc pu analyser 12 questionnaires valides. **Le taux de participation des médecins généralistes hors pôle était de 46,1%.**

Le taux de participation global était de 68%.

3. Description des caractéristiques des médecins répondants

3.1. Données sociodémographiques

Les données sociodémographiques : âge, sexe et mode d'installation des médecins répondants ont été répertoriées dans les tableaux suivants avant analyse.

Sexe	Effectif	Pourcentage %
Femme	7	23,3
Homme	23	76,7
TOTAL	30	100

Tableau 3 : Tableau de répartition du sexe des médecins répondants.

Mode d'installation	Effectif	Pourcentage %
Seul	14	46,7
Cabinet de groupe médical	11	36,7
Cabinet pluridisciplinaire	5	16,7
TOTAL	30	100

Tableau 4 : Tableau de répartition du mode d'installation des médecins répondants.

Age (années)	Effectif	Pourcentage %
27	1	3,33
32	3	10
34	1	3,33
36	1	3,33
47	2	6,67
50	1	3,33
51	2	6,67
52	1	3,33
53	2	6,67
54	2	6,67
55	1	3,33
57	1	3,33
58	1	3,33
60	1	3,33
61	1	3,33
63	4	13,33
64	2	6,67
65	1	3,33
68	1	3,33
74	1	3,33
TOTAL	30	100

Tableau 5 : Tableau de répartition des âges des médecins répondants.

3.2. Analyse des données sociodémographiques

Les données obtenues ont été réparties selon l'appartenance au pôle de santé ou non puis organisées dans le tableau 6.

	Adhérents au pôle	Non adhérents au pôle	TOTAL
Dénombrement	18 (60%)	12 (40%)	30
Sexe :			
Féminin	5	2	7
%	27,8 %	16,7 %	23,3 %
Masculin	13	10	23
%	72,2 %	83,3 %	76,7 %
Sex-ratio	2,6	5	3,28
Age :			
[30;45[5	1	6
%	27,8 %	8,3 %	20 %
[46;60[8	6	14
%	44,4 %	50 %	46,7 %
[61;75[5	5	10
%	27,8 %	41,7 %	33,3 %
Mode d'exercice :			
Seul	6	8	14
%	33,3 %	66,7 %	46,7 %
En groupe	8	3	11
%	44,4 %	25 %	36,7 %
Pluridisciplinaire	4	1	5
%	22,2 %	8,3 %	16,7 %

Tableau 6 : Caractéristiques des médecins répondants selon leur appartenance au pôle de santé.

Les **médecins répondants étaient principalement des hommes (76,7%)**, le sex-ratio du groupe des médecins du pôle était de 2,6 contre 5 pour le groupe des médecins hors pôle.

Dans les deux groupes de médecins répondants, **la tranche d'âge la plus représentée était celle entre 46 et 60 ans (46,7%)** et la tranche d'âge la moins représentée était celle de 30 à 45 ans (20%). L'âge moyen de toute la population des médecins répondants était de 52,8 ans (écart type de 12,2) avec une **médiane de 54 ans**.

L'âge moyen des médecins du pôle était de 50,5 ans (écart type de 12,5) et l'âge médian était de 52,5. **L'âge moyen des médecins hors pôle était de 56,1 ans** (écart type de 11,5) et l'âge médian était de 57,5.

Les médecins répondants étaient principalement installés seuls (46,7%) puis en groupe médical (36,7%) et seulement 16,7% installés en cabinet pluridisciplinaire. **La proportion des médecins installés seuls était plus élevée dans le groupe des médecins hors pôle (66,7%)**

que dans **le groupe des médecins du pôle (33,3%)**, ceux-ci **étant principalement installés en groupe médical (44,4%)**.

4. Description des données du MOSPSC

Les pourcentages de réponse pour chaque item ont été organisés en tableaux par section. Les réponses "Ne s'applique pas, Ne sait pas" ne sont pas incluses dans le calcul de pourcentage de réponses aux questions. Les pourcentages de réponses par item ont été regroupés et cumulés afin de faire apparaître des résultats positifs neutres et négatifs. Ces pourcentages sont nécessaires par la suite pour une interprétation par dimension de la culture de sécurité.

4.1. Médecins du pôle de santé

Les résultats sont retranscrits dans les tableaux 7 à 20.

Réponse	Accès aux soins A1			Dossier du patient A2			Dossier médical du patient A3.1			Dossier médical du patient A3.2			Equipement médical A4		
	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C
Quotidiennement	2	11,1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hebdomadairement	7	38,9		0	0		0	0		0	0		0	0	
Mensuellement	1	5,6	5,6	2	11,1	11,11	2	11,1	11,11	1	5,6	5,6	1	5,6	5,6
Plusieurs fois ces 12 derniers mois	3	16,7	44,4	1	5,6	88,9	1	5,6	88,9	1	5,6	94,4	3	16,7	94,4
Une ou deux fois ces 12 derniers mois	3	16,7		3	16,7		5	27,8		10	55,6		11	61,1	
Jamais ces 12 derniers mois	2	11,1		12	66,7		10	55,6		6	33,3		3	16,7	
TOTAL	18	100	100	18	100	100	18	100	100	18	100	100	18	100	100
Ne s'applique pas ou ne sait pas	0	0		0	0		0	0		0	0		0	0	

Tableau 7 : Tableau de synthèse de la partie A-section A : Liste des déterminants de la qualité et de la sécurité pour les patients, première partie.

"Selon votre meilleure estimation, à quelle fréquence les différents événements décrits sont-ils advenus dans votre cabinet ces 12 derniers mois ?"

Réponse positive, réponse négative, réponse neutre

n=dénombrement, %= pourcentage, %C = pourcentages combinés

A1 : Accès aux soins [Un rendez-vous n'a pas pu être donné dans les 48 heures pour un problème aigu ou grave]

A2 : Identification du patient [Le dossier d'un autre patient a été utilisé par erreur]

A3.1 : Dossier médical du patient [Le dossier médical du patient n'a pas été disponible en temps voulu]

A3.2 : Dossier médical du patient [Un document médical a été classé ou scanné ou enregistré dans le dossier médical d'un autre patient]

A4 : Equipement médical [Un équipement ne marchait pas correctement ou bien avait besoin d'une réparation ou bien devait être remplacé]

Réponse	Médicaments A.5.1			Médicaments A5.2			Biologie et imagerie A6.1			Biologie et imagerie A6.2		
	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C
Quotidiennement	0	0	22,2	0	0	16,7	0	0	22,2	0	0	11,1
Hebdomadairement	4	22,2		3	16,7		4	22,2		2	11,1	
Mensuellement	6	33,3	33,3	2	11,1	11,1	5	27,8	27,8	0	0	0
Plusieurs fois ces 12 derniers mois	3	16,7	44,4	6	33,3	72,2	2	11,1	50	4	22,2	88,8
Une ou deux fois ces 12 derniers mois	5	27,8		4	22,2		6	33,3		6	33,3	
Jamais ces 12 derniers mois	0	0		3	16,7		1	5,6		6	33,3	
TOTAL	18	100	100	18	100	100	18	100	100	18	100	100
Ne s'applique pas ou ne sait pas	0	0		0	0		0	0		0	0	

Tableau 8 : Tableau de synthèse de la partie A-section A : Liste des déterminants de la qualité et de la sécurité pour les patients, deuxième partie.

"Selon votre meilleure estimation, à quelle fréquence les différents évènements décrits sont-ils advenus dans votre cabinet ces 12 derniers mois ?"

A5.1 : Médicaments [Une pharmacie a contacté votre cabinet pour clarifier ou corriger une prescription]

A5.2 : Médicaments [La liste des traitements d'un patient n'a pas été actualisée durant la consultation]

A6.1 : Biologie et imagerie [Les résultats biologiques ou d'imagerie n'ont pas été disponibles au moment voulu alors qu'ils étaient nécessaires]

A6.2 : Biologie et imagerie [Un résultat anormal et d'importance de biologie ou d'imagerie n'a pas été pris en compte dans les 24 heures de travail suivantes]

Réponse	Laboratoires d'analyses médicales OU centres d'imageries médicales B1			Autres cabinets médicaux OU médecins B2			Pharmacies B3			Hôpitaux B4			Autres B5		
	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C
Quotidiennement	0	0	5,6	0	0	11,7	0	0	6,2	1	5,8	23,4	0	0	0
Hebdomadairement	1	5,6		2	11,7		1	6,2		3	17,6		0	0	
Mensuellement	3	16,7	16,7	3	17,6	17,6	3	18,7	18,7	6	35,3	35,3	0	0	0
Plusieurs fois ces 12 derniers mois	6	33,3	77,7	3	17,6	70,4	1	6,25	75	4	23,5	41,2	1	33,3	100
Une ou deux fois ces 12 derniers mois	4	22,2		7	41,1		4	25		3	17,6		1	33,3	
Jamais ces 12 derniers mois	4	22,2		2	11,7		7	43,7		0	0		1	33,3	
TOTAL	18	100	100	17	100	100	16	100	100	17	100	100	3	100	100
Ne s'applique pas ou ne sait pas	0	0		1	5,6		2	11,1		1	5,6		15	83,3	

Tableau 9 : Tableau de synthèse de la Partie B-SECTION B : Partage d'information entre établissements et professionnels de santé.

"Durant ces 12 derniers mois, combien de fois votre cabinet médical a-t-il rencontré des difficultés pour échanger des informations précises, complètes et en temps utile avec : "

B1 : Des laboratoires d'analyses médicales ou centre d'imagerie

B2 : D'autres cabinets médicaux ou médecins

B3 : Des pharmacies

B4 : Des hôpitaux

B5 : "Autres" : les précisions apportées par les 3 répondants étaient : 1- cliniques ou hôpitaux parisiens
2- médecins psychiatres
3- jamais ces 12 derniers mois

Réponse	C1			C2			C3			C4			C5		
	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C
Désaccord important	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28,6	0	0	0
Pas d'accord	0	0		0	0		0	0		0	0		2	28,6	
Ni d'accord ni pas d'accord	2	18,2	18,2	0	0	0	2	13,3	13,3	2	28,6	28,6	1	7,7	7,7
D'accord	6	54,5	81,8	4	36,4	100	9	60	86,7	3	42,8	42,8	4	30,6	92,3
Très en accord	3	27,3		7	63,6		4	26,7		0	0		8	61,5	
TOTAL	11	100	100	11	100	100	15	100	100	7	100	100	13	100	100
Ne s'applique pas ou ne sait pas	7	38,9		7	38,9		3	16,7		11	61,1		5	27,8	

Tableau 10 : Tableau de synthèse de la Partie C-section C : Le travail dans votre cabinet, première partie.

"A quel point êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes ? "

C1 : [Quand une personne au cabinet est surchargée de travail les autres l'aident]

C2 : [Dans ce cabinet il y a de bonnes relations de travail entre les membres de l'équipe et les responsables]

C3 : [Dans ce cabinet nous nous sentons souvent pressés quand nous prenons soin des patients]

C4 : [Le cabinet forme les membres de l'équipe quand de nouvelles procédures sont mises en place]

C5 : [Dans ce cabinet nous nous traitons les uns les autres avec respect]

Réponse	C6			C7			C8			C9		
	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C
Désaccord important	0	0	0	0	0	11,1	1	7,7	38,5	1	7,1	21,4
Pas d'accord	0	0		1	11,1		4	30,76		2	14,3	
Ni d'accord ni pas d'accord	3	18,75	18,75	1	11,1	11,1	6	46,1	46,1	7	50	50
D'accord	6	37,50	81,25	6	66,7	77,8	1	7,7	15,4	3	21,4	28,5
Très en accord	7	43,75		1	11,1		1	7,7		1	7,1	
TOTAL	16	100	100	9	100	100	13	100	100	14	100	100
Ne s'applique pas ou ne sait pas	2	11,1		9	50		5	27,8		4	22,2	

Tableau 11 : Tableau de synthèse de la Partie C-section C : Le travail dans votre cabinet, deuxième partie.

"A quel point êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes ? "

C6 : [Nous avons trop de patients pour le nombre de responsable dans ce cabinet]

C7 : [Le cabinet s'assure que les membres de l'équipe reçoivent la formation "sur le tas" dont ils ont besoin]

C8 : [Le cabinet est plus désorganisé qu'il ne devrait l'être]

C9 : [Nous avons de bonnes procédures pour vérifier que le travail dans ce cabinet a été réalisé correctement]

Réponse	C10			C11			C12			C13			C14			C15		
	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C									
Désaccord important	0	0	62,5	2	18,2	63,6	0	0	0	0	0	18,2	0	0	20	1	12,5	12,5
Pas d'accord	5	62,5		5	45,4		0	0		2	18,2		3	20		0	0	
Ni d'accord ni pas d'accord	2	25	25	1	9,1	9,1	2	14,3	14,3	2	18,2	18,2	0	0	0	5	62,5	62,5
D'accord	1	12,5	12,5	1	9,1	27,3	8	57,1	85,7	6	54,5	63,5	9	60	80	2	25	25
Très en accord	0	0		2	18,3		4	28,6		1	9		3	20		0	0	
TOTAL	8	100	100	11	100	100	14	100	100	11	100	100	15	100	100	8	100	100
Ne s'applique pas ou ne sait pas	10	55,6		7	38,9		4	22,2		7	38,9		3	16,7		10	55,6	

Tableau 12 : Tableau de synthèse de la Partie C-section C : Le travail dans votre cabinet, troisième partie.

"A quel point êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes ?"

C10 : [Il est demandé aux membres de l'équipe du cabinet d'accomplir des tâches pour lesquelles les membres n'ont pas été formés]

C11 : [Nous avons assez de personnel pour traiter la charge de travail liée aux patients]

C12 : [Nous avons des difficultés avec le flux de travail dans ce cabinet]

C13 : [Ce cabinet souligne l'importance du travail d'équipe pour prendre soin des patients]

C14 : [Ce cabinet a trop de patients pour pouvoir tout gérer efficacement]

C15 : [Les membres de l'équipe du cabinet suivent des procédures standardisées pour accomplir les tâches]

Réponse	D1			D2			D3			D4			D5			D6		
	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C
Jamais	0	0	0	0	0	9	1	6,25	18,75	4	40	80	0	0	0	3	21,4	42,8
Rarement	0	0		1	9		2	12,5		4	40		0	0		3	21,4	
Parfois	4	30,75	30,75	3	27,3	27,3	4	25	25	1	10	10	1	6,25	6,25	4	28,6	28,6
La plupart du temps	4	30,75	69,25	2	18,2	63,7	8	50	56,25	1	10	10	9	56,25	93,75	3	21,4	28,6
Toujours	5	38,5		5	45,5		1	6,25		0	0		6	37,5		1	7,1	
TOTAL	13	100	100	11	100	100	16	100	100	10	100	100	16	100	100	14	100	100
Ne s'applique pas ou ne sait pas	5	27,8		7	38,9		2	11,1		8	44,4		2	11,1		4	22,2	

Tableau 13 : Tableau de synthèse de la Partie D-section D : Communication et suivi, première partie.

"Combien de fois les évènements suivants arrivent-ils dans votre cabinet médical ?"

D1 : [Les responsables du cabinet sont ouverts à une discussion concernant la manière de faire progresser le fonctionnement de la structure]

D2 : [Dans votre cabinet médical, les membres de l'équipe sont encouragés à s'exprimer sur une solution alternative]

D3 : [Le cabinet médical rappelle aux patients la nécessité de prévoir un rendez-vous de prévention ou de suivi médical]

D4 : [Les membres de l'équipe craignent de poser des questions lorsqu'un évènement leur parait anormal]

D5 : [Les dossiers du cabinet permettent d'établir le bon suivi du plan de traitement de nos patients chroniques]

D6 : [Le cabinet procède au rappel d'un document lorsque ce document attendu n'a pas été adressé par un correspondant]

Réponse	D7			D8			D9			D10			D11			D12		
	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C
Jamais	6	54,5	90,9	0	0	9,1	0	0	6,25	5	41,7	91,7	1	8,3	33,3	0	0	18,2
Rarement	4	36,4		1	9,1		1	6,25		6	50		3	25		2	18,2	
Parfois	1	9,1	9,1	0	0	0	1	6,25	6,25	1	8,3	8,3	2	16,7	16,7	1	9,1	9,1
La plupart du temps	0	0	0	6	54,5	90,9	9	56,25	87,5	0	0	0	4	33,3	50	4	36,4	72,8
Toujours	0	0		4	36,4		5	31,25		0	0		2	16,7		4	36,4	
TOTAL	11	100	100	11	100	100	16	100	100	12	100	100	12	100	100	11	100	100
Ne s'applique pas ou ne sait pas	7	38,9		7	38,9		2	11,1		6	33,3		6	33,3		7	38,9	

Tableau 14 : Tableau de synthèse de la Partie D-section D : Communication et suivi, deuxième partie.

"Combien de fois les évènements suivants arrivent-ils dans votre cabinet médical ?"

D7 : [Les membres de l'équipe ont le sentiment que leurs erreurs leur sont reprochées]

D8 : [Les responsables et membres de l'équipe débattent ouvertement des problèmes rencontrés au sein du cabinet]

D9 : [Le cabinet médical procède au suivi actif des patients qui le nécessitent]

D10 : [Il est difficile de faire entendre un désaccord au sein du cabinet]

D11 : [Dans le cabinet médical, on débat sur la manière de prévenir la récurrence d'une erreur]

D12 : [Les membres de l'équipe sont prêts à déclarer les erreurs qu'ils observent dans le cabinet médical]

Réponse	E1			E2			E3			E4		
	n	%	%C									
Complètement en désaccord	0	0	50	0	0	100	0	0	0	0	0	100
En désaccord	1	50		2	100		0	0		2	100	
Ni en accord, ni en désaccord	1	50	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D'accord	0	0	0	0	0	0	1	50	100	0	0	0
Complètement d'accord	0	0		0	0		1	50		0	0	
TOTAL	2	100	100	2	100	100	2	100	100	2	100	100
Ne s'applique pas ou ne sait pas	1	5,6		1	5,6		1	5,6		1	5,6	
Sans réponse	15	83,3		15	83,3		15	83,3		15	83,3	

Tableau 15 : Tableau de synthèse de la Partie G-SECTION E : Non propriétaire, non manager associé ou non responsable

"A propos des affirmations suivantes : à quel point êtes-vous en accord avec les affirmations suivantes au sujet des propriétaires/manager associés/responsables financiers dans votre cabinet ?"

E1 : [Ils n'investissent pas assez de ressources pour améliorer la qualité des soins dans ce cabinet]

E2 : [Ils négligent à chaque fois les erreurs associées aux soins qui surviennent]

E3 : [Ils placent l'amélioration des procédures de soins aux patients parmi les principales priorités]

E4 : [Ils prennent trop souvent des décisions préférables pour le cabinet plutôt que pour les patients]

Réponse	F1			F2			F3			F4			F5			F6			F7		
	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C
Désaccord important	0	0	6,6	0	0	23	0	0	66,6	0	0	80	0	0	8,3	0	0	53,3	0	0	16,7
Pas d'accord	1	6,6		3	23		10	66,6		12	80		1	8,3		8	53,3		2	16,7	
Ni d'accord ni pas d'accord	1	6,6	6,6	2	15,4	15,4	3	20	20	0	0	0	4	33,3	33,3	3	20	20	9	75	75
D'accord	10	66,6	86,6	8	61,5	61,5	1	6,7	13,4	3	20	20	6	50	58,3	4	26,7	26,7	1	8,3	8,3
Très en accord	3	20		0	0		1	6,7		0	0		1	8,3		0	0		0	0	
TOTAL	15	100	100	13	100	100	15	100	100	15	100	100	12	100	100	15	100	100	12	100	100
Ne s'applique pas ou ne sait pas	3	16,7		5	27,8		3	16,7		3	16,7		6	33,3		3	16,7		6	33,3	

Tableau 16 : Tableau de synthèse de la partie H-section F : Votre cabinet médical.

"A quel point êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ?"

F1 : [Quand un problème survient dans notre cabinet, nous voyons si nous avons besoin de changer la manière de faire les choses]

F2 : [Les procédures de notre cabinet sont bonnes afin de prévenir les erreurs qui pourraient affecter nos patients]

F3 : [Des erreurs arrivent plus souvent qu'elles ne le devraient dans notre cabinet]

F4 : [C'est par chance que nous ne commettons pas plus d'erreurs affectant nos patients]

F5 : [Notre cabinet médical est bon pour modifier les procédures afin de s'assurer que les mêmes problèmes n'arrivent pas de nouveau]

F6 : [Dans ce cabinet, parvenir à effectuer plus de travail prime sur la qualité des soins]

F7 : [Après que le cabinet ait effectué des changements pour améliorer une procédure de soins aux patients, nous vérifions que les modifications sont efficaces]

Réponse	Centré sur le patient G1			Efficace G2			Opportune G3			Efficiente G4			Equitable G5		
	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C
Médiocre	0	0	11,1	0	0	16,7	5	27,8	55,6	2	11,1	50	0	0	0
Assez bon	2	11,1		3	16,7		5	27,8		7	38,9		0	0	
Bon	12	66,7	66,7	12	66,7	66,7	7	38,9	38,9	7	38,9	38,9	10	55,6	55,6
Très bon	4	22,2	22,2	3	16,7	16,7	0	0	5,6	2	11,1	11,1	6	33,3	44,4
Excellent	0	0		0	0		1	5,6		0	0		2	11,1	
TOTAL	18	100	100	18	100	100	18	100	100	18	100	100	18	100	100

Tableau 17 : Tableau de synthèse de la partie I-section G1, Evaluation globale sur la qualité.

"Globalement, comment noteriez-vous votre cabinet médical sur chacune des propositions suivantes au sujet de la qualité des soins ?"

G1 : [Centré sur le patient : Est respectueuse des préférences, besoins et valeurs de chaque patient]

G2 : [Efficace : Est basée sur les données de la science]

G3 : [Opportune : Minimise les attentes et les retards potentiellement dangereux]

G4 : [Efficiente : Assure des soins efficaces et économes (évite le gaspillage, utilisation excessive et inutile de services)]

G5 : [Equitable : Dispense la même qualité de soin à tous les individus, quelque soit son sexe, sa race, son origine ethnique, son statut socio-économique, sa langue, ...]

Réponse	G6		
	n	%	%C
Médiocre	2	11,1	55,5
Assez bon	8	44,4	
Bon	6	33,3	33,3
Très bon	2	11,1	11,1
Excellent	0	0	
TOTAL	18	100	100

G6 : "Globalement, comment noteriez-vous les dispositifs et procédures de soins que votre cabinet médical a mis en place pour prévenir, identifier, et corriger les problèmes ayant le potentiel d'affecter les patients ?"

Tableau 18 : Tableau de synthèse de la partie J-section G2, Evaluation globale sur la sécurité des patients.

H1 : Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce cabinet ?		
Réponse	n	%
Moins de 2 mois	0	0
De 2 mois à moins de 1 an	1	5,6
De 1 an à moins de 3 ans	4	22,2
De 3 ans à moins de 6 ans	0	0
De 6 ans à moins de 11 ans	2	11,1
11 ans ou plus	11	61,1
H2 : Habituellement, combien d'heures par semaine travaillez-vous dans ce cabinet médical ?		
De 1 à 4 heures par semaine	0	0
De 5 à 16 heures par semaine	0	0
De 17 à 24 heures par semaine	0	0
De 25 à 32 heures par semaine	0	0
De 33 à 40 heures par semaine	4	22,2
41 heures ou plus par semaine	14	77,8
H3 : Quel est votre poste dans ce cabinet ? Choisissez une catégorie qui correspond le mieux à votre travail.		
Médecin : docteur en médecine ou docteur en médecine ostéopathique	17	94,4
Médecin assistant, infirmière praticienne, infirmière spécialisée en soins cliniques, infirmière sage-femme, infirmière de pratiques avancées...	1	5,6

Tableau 19 : Tableau de synthèse de la partie L-section H : Questions générales.

Identifiant (ID)	Réponse à la question libre
6	Il est difficile de répondre avec objectivité à toutes ces questions. J'ai peur d'avoir été influencé par l'atmosphère médicale du cabinet des derniers jours dans mes réponses. Mais je dois dire qu'elle n'est pas très différente du reste de l'année. Afin de préserver la qualité des soins offerts nous avons temporairement décidé de réduire l'accueil de nouveaux patients.
12	La surcharge de travail, et les demandes trop nombreuses des trop nombreux patients, entraînent de la fatigue en fin de journée, qui peut jouer sur le niveau de concentration lors des dernières consultations de la journée.
13	J'ai répondu à votre travail par confraternité mais les questions sont très peu en rapport avec ma façon de travailler en solitaire et en consultation libre.
17	Les procédures sont à écrire, avec l'aide du pôle de santé probablement. Actuellement tout est empirique.
22	Depuis [...] je suis le seul médecin généraliste, mon associé ayant pris sa retraite. La relation avec mon ex collègue a toujours été franche et sympathique. Me retrouvant seul maintenant, la permanence des soins pour mes patients devient plus problématique. Mais ayant des consultations libres, je vois souvent des patients de confrères absents.
30	Pas de commentaire.
36	J'exerce tout seul dans mon cabinet, avec un secrétariat, mais je suis relié à d'autres confrères quotidiennement. Je m'assure de la continuité des soins lorsque je dois m'absenter, de façon à ce que les patients ne se dirigent pas vers les Urgences (clinique ou hôpital).
42	Il y a du boulot...

Tableau 20 : Tableau de synthèse de la partie M-section I : vos commentaires.

"Vous pouvez librement écrire tout commentaire que vous auriez à exprimer au sujet de la sécurité et de la qualité des soins aux patients au sein de votre cabinet médical."

4.2. Médecins hors pôle de santé

Tableaux 21 à 34.

Réponse	Accès aux soins A1			Identification du patient A2			Dossier médical du patient A3.1			Dossier médical du patient A3.2			Equipement médical A4		
	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C
Quotidiennement	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8,3	0	0	0
Hebdomadairement	0	0		0	0		0	0		0	0		1	8,3	
Mensuellement	2	22,2	22,2	0	0	0	1	8,3	8,3	0	0	0	0	0	0
Plusieurs fois ces 12 derniers mois	1	11,1	77,7	1	8,3	100	4	33,3	91,6	2	16,7	91,7	2	22,2	100
Une ou deux fois ces 12 derniers mois	1	11,1		1	8,3		0	0		3	25		3	33,3	
Jamais ces 12 derniers mois	5	55,5		10	83,3		7	58,3		6	50		4	44,4	
TOTAL	9	100	100	12	100	100	12	100	100	12	100	100	9	100	100
Ne s'applique pas ou ne sait pas	3	25		0	0		0	0		0	0		3	25	

Tableau 21 : Tableau de synthèse de la partie A-section A : Liste des déterminants de la qualité et de la sécurité pour les patients, première partie.

"Selon votre meilleure estimation, à quelle fréquence les différents évènements décrits sont-ils advenus dans votre cabinet ces 12 derniers mois ?"

A1 : Accès aux soins [Un rendez-vous n'a pas pu être donné dans les 48 heures pour un problème aigu ou grave]

A2 : Identification du patient [Le dossier d'un autre patient a été utilisé par erreur]

A3.1 : Dossier médical du patient [Le dossier médical du patient n'a pas été disponible en temps voulu]

A3.2 : Dossier médical du patient [Un document médical a été classé ou scanné ou enregistré dans le dossier médical d'un autre patient]

A4 : Equipement médical [Un équipement ne marchait pas correctement ou bien avait besoin d'une réparation ou bien devait être remplacé]

Réponse	Médicaments A5.1			Médicaments A5.2			Biologie et imagerie A6.1			Biologie et imagerie A6.2		
	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C
Quotidiennement	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hebdomadairement	0	0		0	0		0	0		0	0	
Mensuellement	2	18,2	18,2	1	9,1	9,1	2	18,2	18,2	2	20	20
Plusieurs fois ces 12 derniers mois	1	9,1	81,8	4	36,36	90,9	6	54,5	81,8	0	0	80
Une ou deux fois ces 12 derniers mois	8	72,7		1	9,1		2	18,2		5	50	
Jamais ces 12 derniers mois	0	0		5	45,45		1	9,1		3	30	
TOTAL	11	100	100	11	100	100	11	100	100	10	100	100
Ne s'applique pas ou ne sait pas	1	8,3		1	8,3		1	8,3		2	16,7	

Tableau 22 : Tableau de synthèse de la partie A-section A: Liste des déterminants de la qualité et de la sécurité pour les patients, deuxième partie.

"Selon votre meilleure estimation, à quelle fréquence les différents évènements décrits sont-ils advenus dans votre cabinet ces 12 derniers mois ?"

A5.1 : Médicaments [Une pharmacie a contacté votre cabinet pour clarifier ou corriger une prescription]

A5.2 : Médicaments [La liste des traitements d'un patient n'a pas été actualisée durant la consultation]

A6.1 : Biologie et imagerie [Les résultats biologiques ou d'imagerie n'ont pas été disponibles au moment voulu alors qu'ils étaient nécessaires]

A6.2 : Biologie et imagerie [Un résultat anormal et d'importance de biologie ou d'imagerie n'a pas été pris en compte dans les 24 heures de travail suivantes]

Réponse	Laboratoires d'analyses médicales ou centres d'imageries médicales B1			Autres cabinets médicaux ou médecins B2			Pharmacies B3			Hôpitaux B4			Autres B5		
	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C
Quotidiennement	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	18,2	0	0	0
Hebdomadairement	0	0		1	10		0	0		2	18,2		0	0	
Mensuellement	1	9,1	9,1	1	10	10	0	0	0	2	18,2	18,2	0	0	0
Plusieurs fois ces 12 derniers mois	0	0	90,9	1	10	80	0	0	100	3	27,3	63,6	0	0	100
Une ou deux fois ces 12 derniers mois	5	45,45		2	20		3	30		3	27,3		0	0	
Jamais ces 12 derniers mois	5	45,45		5	50		7	70		1	9,1		2	100	
TOTAL	11	100	100	10	100	100	10	100	100	11	100	100	2	100	100
Ne s'applique pas ou ne sait pas	1	8,3		2	16,7		2	16,7		1	8,3		10	83,3	

Tableau 23 : Tableau de synthèse de la partie B-section B : Partage d'information entre établissements et professionnels de santé.

"Durant ces 12 derniers mois, combien de fois votre cabinet médical a-t-il rencontré des difficultés pour échanger des informations précises, complètes et en temps utile avec :"

B1 : Des laboratoires d'analyses médicales ou centres d'imageries médicales

B2 : D'autres cabinets médicaux ou médecins

B3 : Des pharmacies

B4 : Des hôpitaux

B5 : Autres, les précisions apportées par les 2 répondants étaient : 0

Réponse	C1			C2			C3			C4			C5		
	n	%	%C												
Désaccord important	0	0	20	0	0	0	0	0	50	0	0	0	0	0	0
Pas d'accord	1	20		0	0		4	50		0	0		0	0	
Ni d'accord ni pas d'accord	1	20	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D'accord	1	20	60	2	33,3	100	3	37,5	50	2	66,7	100	1	16,7	100
Très en accord	2	40		4	66,7		1	12,5		1	33,3		5	83,3	
TOTAL	5	100	100	6	100	100	8	100	100	3	100	100	6	100	100
Ne s'applique pas ou ne sait pas	7	58,3		6	50		4	33,3		9	75		6	50	

Tableau 24 : Tableau de synthèse de la Partie C-section C : Le travail dans votre cabinet, première partie.

"A quel point êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes ?"

C1 : [Quand une personne au cabinet est surchargée de travail les autres l'aident]

C2 : [Dans ce cabinet il y a de bonnes relations de travail entre les membres de l'équipe et les responsables]

C3 : [Dans ce cabinet nous nous sentons souvent pressés quand nous prenons soin des patients]

C4 : [Le cabinet forme les membres de l'équipe quand de nouvelles procédures sont mises en place]

C5 : [Dans ce cabinet nous nous traitons les uns les autres avec respect]

Réponse	C6			C7			C8			C9			C10		
	n	%	%C	n	%	%C									
Désaccord important	1	20	20	0	0	0	2	40	80	0	0	0	1	25	100
Pas d'accord	0	0		0	0		2	40		0	0		3	75	
Ni d'accord ni pas d'accord	0	0	0	1	25	25	0	0	0	1	33,3	33,3	0	0	0
D'accord	2	40	80	2	50	75	1	20	20	2	66,7	66,7	0	0	0
Très en accord	2	40		1	25		0	0		0	0				
TOTAL	5	100	100	4	100	100	5	100	100	3	100	100	4	100	100
Ne s'applique pas ou ne sait pas	7	58,3		8	66,7		7	58,3		9	75		8	66,7	

Tableau 25 : Tableau de synthèse de la Partie C-section C : Le travail dans votre cabinet, deuxième partie.

"A quel point êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes ?"

C6 : [Nous avons trop de patients pour le nombre de responsable dans ce cabinet]

C7 : [Le cabinet s'assure que les membres de l'équipe reçoivent la formation "sur le tas" dont ils ont besoin]

C8 : [Le cabinet est plus désorganisé qu'il ne devrait l'être]

C9 : [Nous avons de bonnes procédures pour vérifier que le travail dans ce cabinet a été réalisé correctement]

C10 : [Il est demandé aux membres de l'équipe du cabinet d'accomplir des tâches pour lesquelles les membres n'ont pas été formés]

Réponse	C11			C12			C13			C14			C15		
	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C
Désaccord important	0	0	14,3	0	0	28,6	0	0	16,6	0	0	28,6	0	0	33,3
Pas d'accord	1	14,3		2	28,6		1	16,6		2	28,6		1	0	
Ni d'accord ni pas d'accord	1	14,3	14,3	1	14,3	14,3	0	0	0	1	14,3	14,3	0	0	0
D'accord	3	42,85	71,45	4	57,1	57,1	3	50	83,3	3	42,8	57,1	1	33,3	66,6
Très en accord	2	28,6		0	0		2	33,3		1	14,3		1	33,3	
TOTAL	7	100	100	7	100	100	6	100	100	7	100	100	3	100	100
Ne s'applique pas ou ne sait pas	5	41,7		5	41,7		6	50		5	41,7		9	75	

Tableau 26 : Tableau de synthèse de la Partie C-section C : Le travail dans votre cabinet, troisième partie.

"A quel point êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes ?"

C11 : [Nous avons assez de personnel pour traiter la charge de travail liée aux patients]

C12 : [Nous avons des difficultés avec le flux de travail dans ce cabinet]

C13 : [Ce cabinet souligne l'importance du travail d'équipe pour prendre soin des patients]

C14 : [Ce cabinet a trop de patients pour pouvoir tout gérer efficacement]

C15 : [Les membres de l'équipe du cabinet suivent des procédures standardisées pour accomplir les tâches]

Réponse	D1			D2			D3			D4			D5			D6		
	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C
Jamais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	50	66,7	0	0	0	1	11,1	33,3
Rarement	0	0		0	0		0	0		0	1		16,7	0		0	0	
Parfois	0	0	0	0	0	0	2	22,2	22,2	1	16,7	16,7	0	0	0	1	11,2	11,2
La plupart du temps	3	60	100	4	80	100	2	22,2	77,8	1	16,7	16,7	3	27,3	100	4	44,4	55,5
Toujours	2	40		1	20		5	55,6		0	0		8	72,7		1	11,1	
TOTAL	5	100	100	5	100	100	9	100	100	6	100	100	11	100	100	9	100	100
Ne s'applique pas ou ne sait pas	7	58,8		7	58,3		3	25		6	50		1	8,3		3	25	

Tableau 27 : Tableau de synthèse de la Partie D-section D : Communication et suivi, première partie.

"Combien de fois les évènements suivants arrivent-ils dans votre cabinet médical ?"

D1 : [Les responsables du cabinet sont ouverts à une discussion concernant la manière de faire progresser le fonctionnement de la structure]

D2 : [Dans votre cabinet médical, les membres de l'équipe sont encouragés à s'exprimer sur une solution alternative]

D3 : [Le cabinet médical rappelle aux patients la nécessité de prévoir un rendez-vous de prévention ou de suivi médical]

D4 : [Les membres de l'équipe craignent de poser des questions lorsqu'un évènement leur paraît anormal]

D5 : [Les dossiers du cabinet permettent d'établir le bon suivi du plan de traitement de nos patients chroniques]

D6 : [Le cabinet procède au rappel d'un document lorsque ce document attendu n'a pas été adressé par un correspondant]

Réponse	D7			D8			D9			D10			D11			D12		
	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C
Jamais	2	33,3	50	0	0	0	0	0	12,5	2	40	80	0	0	0	0	0	0
Rarement	1	16,7		0	0		1	12,5		2	40		0	0		0	0	
Parfois	3	50	50	1	20	20	0	0	0	1	20	20	1	20	20	1	20	20
La plupart du temps	0	0	0	3	60	80	2	25,0	87,5	0	0	0	0	0	80	2	40	80
Toujours	0	0		1	20		5	62,5		0	0		4	80		2	40	
TOTAL	6	100	100	5	100	100	8	100	100	5	100	100	5	100	100	5	100	100
Ne s'applique pas ou ne sait pas	6	50		7	58,3		4	33,3		7	58,3		7	58,3		7	58,3	

Tableau 28 : Tableau de synthèse de la Partie D-section D : Communication et suivi, deuxième partie.

"Combien de fois les évènements suivants arrivent-ils dans votre cabinet médical ?"

D7 : [Les membres de l'équipe ont le sentiment que leurs erreurs leur sont reprochées]

D8 : [Les responsables et membres de l'équipe débattent ouvertement des problèmes rencontrés au sein du cabinet]

D9 : [Le cabinet médical procède au suivi actif des patients qui le nécessitent]

D10 : [Il est difficile de faire entendre un désaccord au sein du cabinet]

D11 : [Dans le cabinet médical, on débat sur la manière de prévenir la récurrence d'une erreur]

D12 : [Les membres de l'équipe sont prêts à déclarer les erreurs qu'ils observent dans le cabinet médical]

Réponse	E1			E1			E3			E4		
	n	%	%C									
Complètement en désaccord	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	100
En désaccord	0	0		1	100		0	0		1	100	
Ni en accord, ni en désaccord	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D'accord	1	100	100	0	0	0	1	100	100	0	0	0
Complètement d'accord	0	0		0	0		0	0		0		
TOTAL	1	100	100	1	100	100	1	100	100	1	100	100
Ne s'applique pas/ ne sait pas	1	8,3		1	8,3		1	8,3		1	8,3	
Sans réponse	10	83,3		10	83,3		10	83,3		10	83,3	

Tableau 29 : Tableau de synthèse de la Partie G- section E: Non propriétaire, non manager associé, non responsables financiers

"A propos des affirmations concernant le propriétaire, manager, responsable du cabinet : à quel point êtes-vous en accord avec les affirmations suivantes au sujet des propriétaires/manager associés/responsables financiers dans votre cabinet ?"

E1 : [Ils n'investissent pas assez de ressources pour améliorer la qualité des soins dans ce cabinet]

E2 : [Ils négligent à chaque fois les erreurs associées aux soins qui surviennent]

E3 : [Ils placent l'amélioration des procédures de soins aux patients parmi les principales priorités]

E4 : [Ils prennent trop souvent des décisions préférables pour le cabinet plutôt que pour les patients]

Réponse	F1			F2			F3			F4			F5			F6			F7		
	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C
Désaccord important	0	0	0	0	0	0	0	0	57,1	1	20	80	0	0	0	2	22,2	44,4	0	0	0
Pas d'accord	0	0		0	0		4	57,1		3	60		0	0		2	22,2		0	0	
Ni d'accord ni pas d'accord	0	0	0	2	25	25	2	28,6	28,6	0	0	0	2	28,6	28,6	2	22,2	22,2	0	0	0
D'accord	5	62,5	100	3	37,5	75	1	14,3	14,3	1	20	20	4	57,1	71,4	3	33,4	33,4	4	80	100
Très en accord	3	37,5		3	37,5		0	0		0	0		1	14,3		0	0		1	20	
TOTAL	8	100	100	8	100	100	7	100	100	5	100	100	7	100	100	9	100	100	5	100	100
Ne s'applique pas ou ne sait pas	4	16,7		4	27,8		5	16,7		7	16,7		5	33,3		3	16,7		7	33,3	

Tableau 30 : Tableau de synthèse de la partie H-section F : Votre cabinet médical.

"A quel point êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ?"

F1 : [Quand un problème survient dans notre cabinet, nous voyons si nous avons besoin de changer la manière de faire les choses]

F2 : [Les procédures de notre cabinet sont bonnes afin de prévenir les erreurs qui pourraient affecter nos patients]

F3 : [Des erreurs arrivent plus souvent qu'elles ne le devraient dans notre cabinet]

F4 : [C'est par chance que nous ne commettons pas plus d'erreurs affectant nos patients]

F5 : [Notre cabinet médical est bon pour modifier les procédures afin de s'assurer que les mêmes problèmes n'arrivent pas de nouveau]

F6 : [Dans ce cabinet, parvenir à effectuer plus de travail prime sur la qualité des soins]

F7 : [Après que le cabinet ait effectué des changements pour améliorer une procédure de soins aux patients, nous vérifions que les modifications sont efficaces]

Réponse	Centré sur le patient G1			Efficace G2			Opportune G3			Efficiente G4			Equitable G5		
	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C	n	%	%C
Médiocre (SQ001)	0	0	16,7	0	0	33,3	1	8,33	16,7	0	0	33,3	1	8,3	8,3
Assez bon (SQ002)	2	16,7		4	33,3		1	8,33		4	33,3		0	0	
Bon (SQ003)	8	66,7	67,7	6	50	50	9	75	75	3	25	25	2	16,7	16,7
Très bon (SQ004)	1	8,33	16,7	2	16,7	16,7	0	0	8,3	4	33,3	11,6	6	50	7,5
Excellent (SQ005)	1	8,33		0	0		1	8,33		1	8,33		3	25	
TOTAL	12	100	100	12	100	100	12	100	100	12	100	100	12	100	100

Tableau 31 : Tableau de synthèse de la partie I-section G1 : Evaluation globale sur la qualité.

"Globalement, comment noteriez-vous votre cabinet médical sur chacune des propositions suivantes au sujet de la qualité des soins ?"

G1 : [Centré sur le patient : Est respectueuse des préférences, besoins et valeurs de chaque patient]

G2 : [Efficace : Est basée sur les données de la science]

G3 : [Opportune : Minimise les attentes et les retards potentiellement dangereux]

G4 : [Efficiente : Assure des soins efficaces et économes (évite le gaspillage, utilisation excessive et inutile de services)]

G5 : [Equitable : Dispense la même qualité de soin à tous les individus, quelque soit son sexe, sa race, son origine ethnique, son statut socio-économique, sa langue, ...]

Réponse	G6		
	n	%	%C
Médiocre (SQ001)	0	0	33,3
Assez bon (SQ002)	4	33,3	
Bon (SQ003)	6	50	50
Très bon (SQ004)	1	8,3	16,6
Excellent (SQ005)	1	8,3	
TOTAL	12	100	100

G6 "Globalement, comment noteriez-vous les dispositifs et procédures de soins que votre cabinet médical a mis en place pour prévenir, identifier, et corriger les problèmes ayant le potentiel d'affecter les patients ?"

Tableau 32 : Tableau de synthèse de la partie J-section G2 : Evaluation globale sur la sécurité des patients.

Envisagez vous un jour de faire partie du pôle de santé d'Evreux ?		
Réponses	n	%
Oui	2	16,7
Non	6	50
Ne sait pas	4	33,3
H1 : Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce cabinet ?		
Moins de 2 mois	1	8,33
De 2 mois à moins de 1 an	0	0
De 1 an à moins de 3 ans	0	0
De 3 ans à moins de 6 ans	1	8,33
De 6 ans à moins de 11 ans	1	8,33
11 ans ou plus	9	75
H2 : Habituellement, combien d'heures par semaine travaillez-vous dans ce cabinet médical ?		
De 1 à 4 heures par semaine	0	0
De 5 à 16 heures par semaine	0	0
De 17 à 24 heures par semaine	2	16,7
De 25 à 32 heures par semaine	1	8,3
De 33 à 40 heures par semaine	2	16,7
41 heures ou plus par semaine	7	58,3
H3 : Quel est votre poste dans ce cabinet ? Choisissez une catégorie qui correspond le mieux à votre travail.		
Médecin : docteur en médecine ou docteur en médecine ostéopathique	11	91,7
Médecin assistant, infirmière praticienne, infirmière spécialisée en soins cliniques, infirmière sage-femme, infirmière de pratiques avancées...	1	8,3

Tableau 33 : Tableaux de synthèse de la Partie L-section H : Questions générales.

Identifiant (ID)	Réponses à la question libre
9	Questionnaire pour cabinet de groupe, ne pas oublier que la plupart des médecins exercent seuls, ce qui n'est pas un handicap à l'heure du télétravail, des messageries sécurisées etc...
15	Pas de commentaire
19	Mieux me renseigner sur les problèmes rencontrés dans le cabinet en lien avec les questions et sur les procédures en cas de souci développées pour y répondre.
23	RAS

Tableau 34 : Tableau de synthèse de la partie M-section I : vos commentaires.

"Vous pouvez librement écrire tout commentaire que vous auriez à exprimer au sujet de la sécurité et de la qualité des soins aux patients au sein de votre cabinet médical."

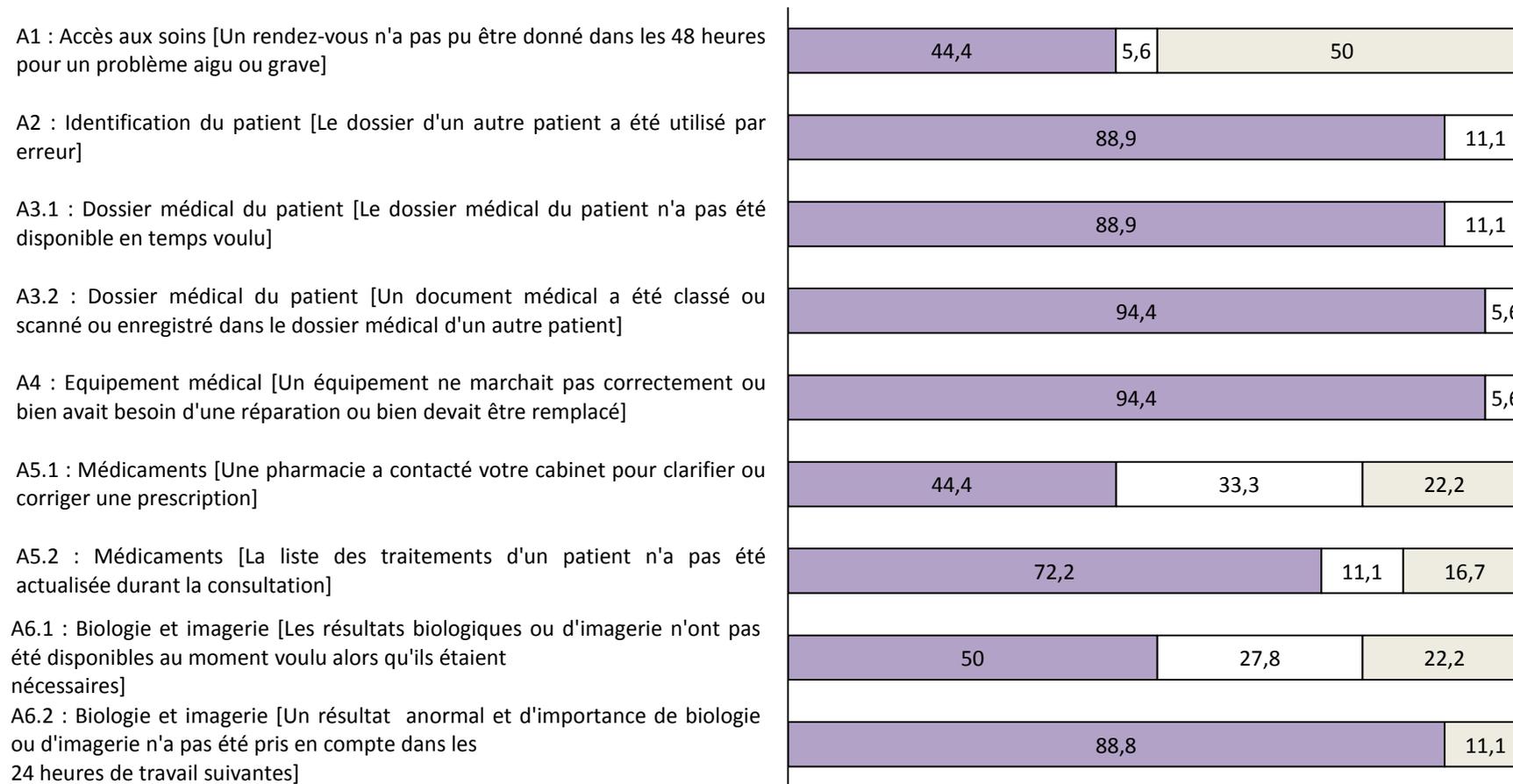
5. Analyses des résultats du MOSPSC des médecins du pôle de santé d'Evreux

5.1. Explorations des déterminants de la sécurité et de la qualité des soins

Le **taux de participation de 100% des médecins du pôle** nous autorisait à interpréter les résultats comme les perceptions qu'avaient les médecins du pôle sur la sécurité et la qualité des soins dans leurs cabinets médicaux.

La première partie du questionnaire proposait l'exploration des principales situations connues comme étant des facteurs de risque de survenu d'EIAS. La SECTION A reprenait une liste de déterminants de la sécurité et de la qualité des soins au sein du cabinet (figure 4). La **situation déclarée comme la plus fréquemment rencontrée était relative à l'accès aux soins**, défini comme un délai de rendez-vous supérieur à 48 heures pour un problème grave ou aigu. **Les déterminants relatifs à l'environnement du cabinet (identification du patient, dossier médical, entretien du matériel)** étaient déclarés comme les situations **les moins rencontrées au cabinet**.

La SECTION B explorait plus particulièrement **la qualité de l'échange d'informations avec différents partenaires** (figure 5). Elle était jugée le **plus souvent difficile avec les hôpitaux (23,4%) et les autres cabinets médicaux (11,7%)**. Les médecins ayant répondu "Autres" ont évoqué des difficultés d'échanges d'informations avec les médecins des centres médico-psychologiques (33,3%) et avec des cliniques ou hôpitaux parisiens (33,3%).



- Réponses positives (plusieurs fois/Une ou deux fois/Jamais ces derniers mois)
- Réponses neutres (mensuellement)
- Réponses négatives (quotidiennement/Hebdomadairement)

Figure 4: Déterminants de la sécurité et de la qualité de soins (SECTION A).

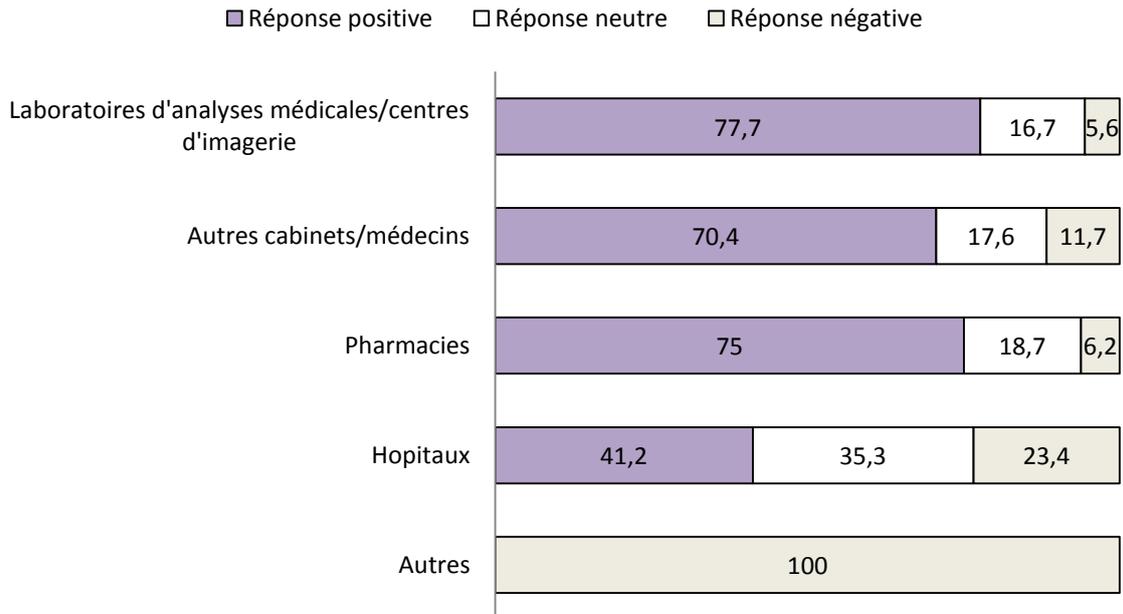
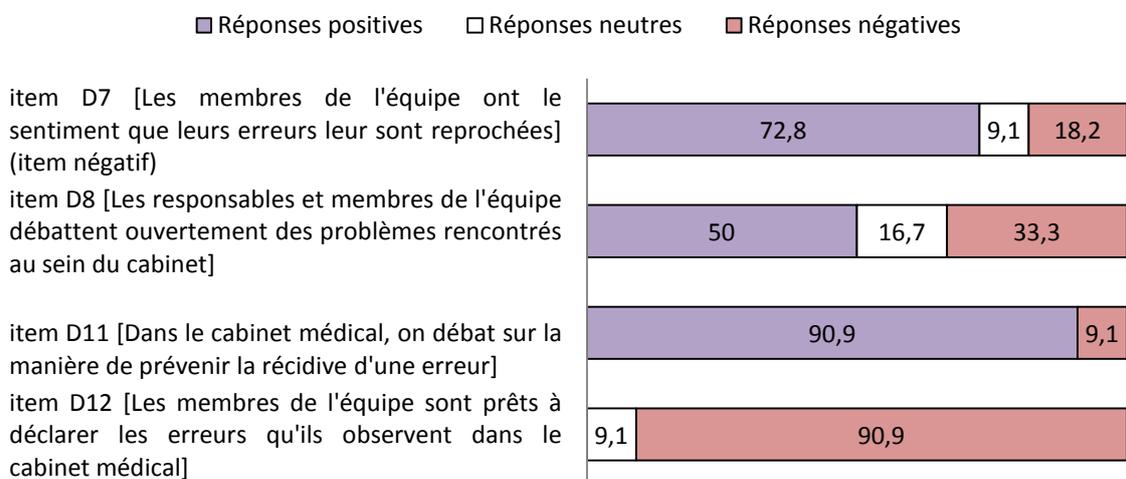


Figure 5 : Echange d'informations (SECTION B).

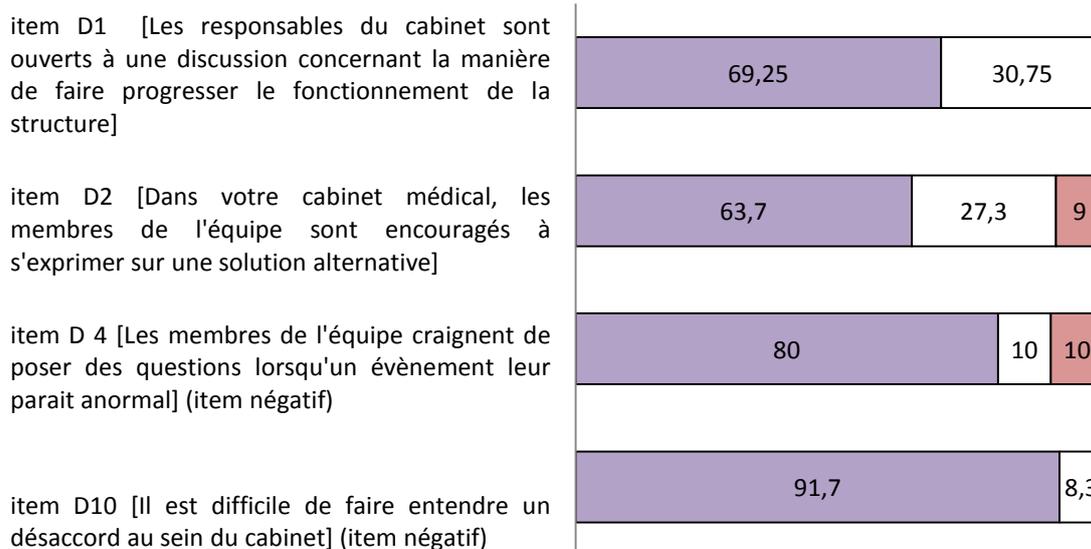
5.2. Exploration des dimensions de la culture de la sécurité

La moyenne des réponses positives des items correspondants à une dimension nous donnait un score. Souvenons-nous que la réponse négative d'un item dont le libellé est négatif doit être comprise comme la réponse positive. Ces moyennes sont détaillées sur un histogramme par dimension dans la figure 6.

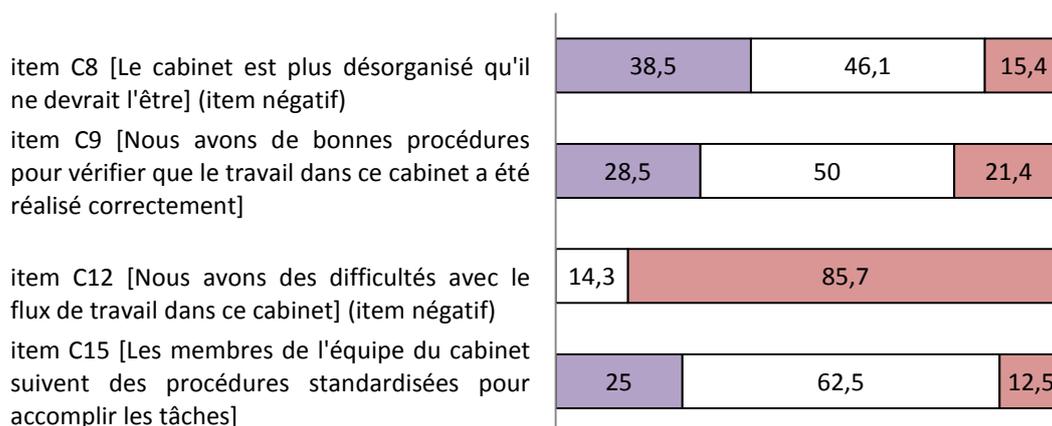
1. Communication sur l'erreur (76,15%)



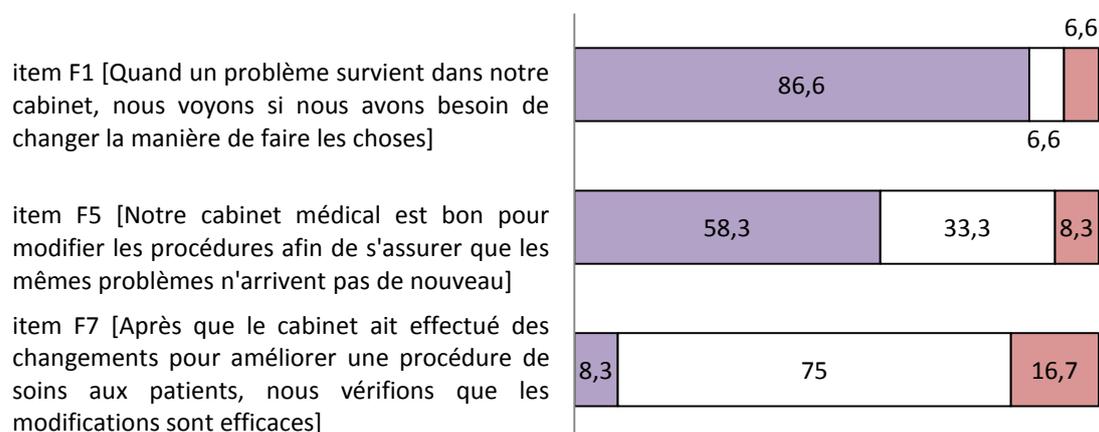
2. Communication libre (76,2%)



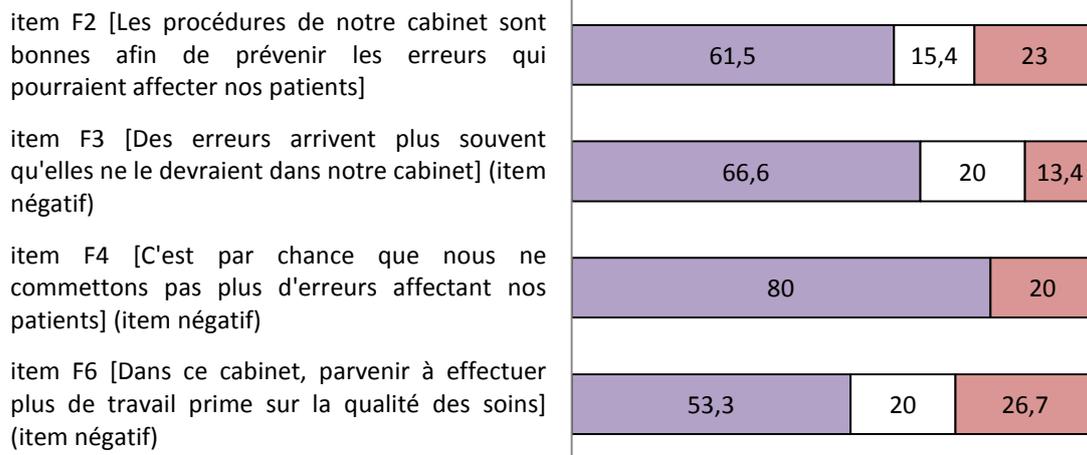
3. Procédures standardisées (76,2%)



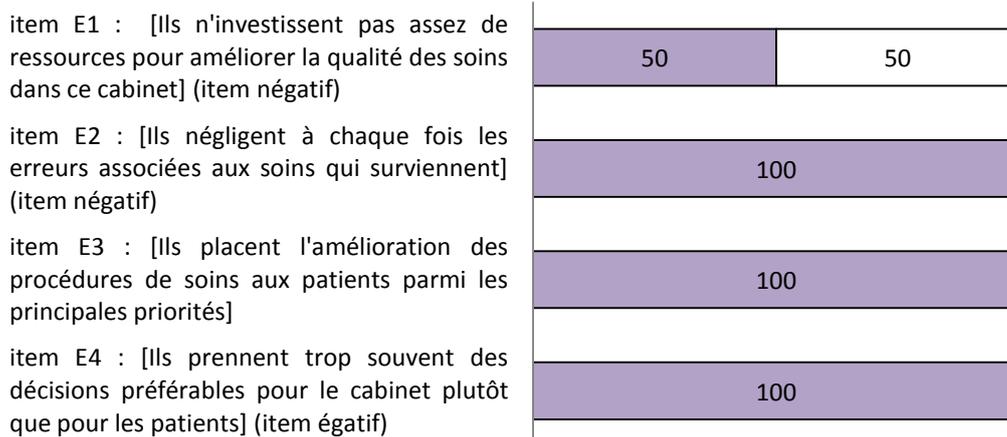
4. Organisation apprenante (51,1%)



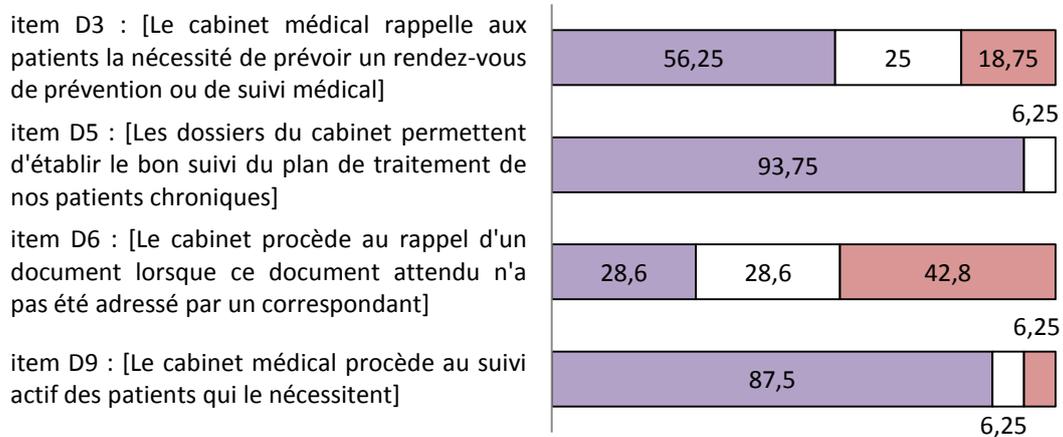
5. Perceptions générales (65,35%)



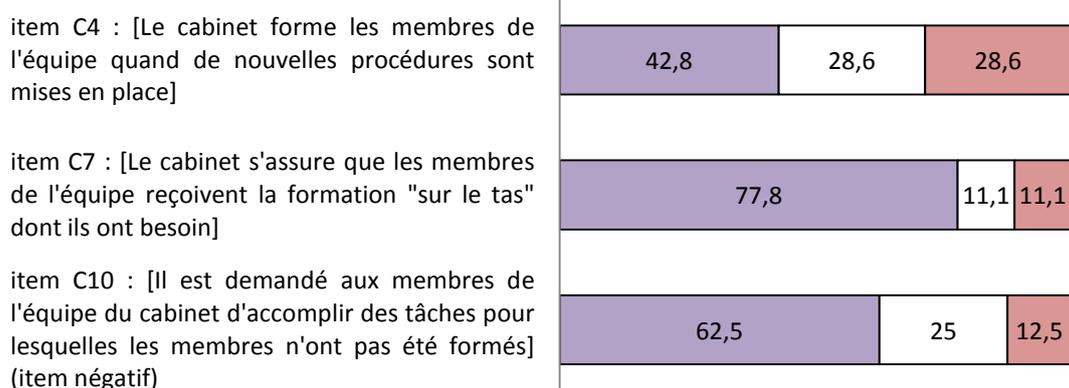
6. Capacité à diriger (87,5%)



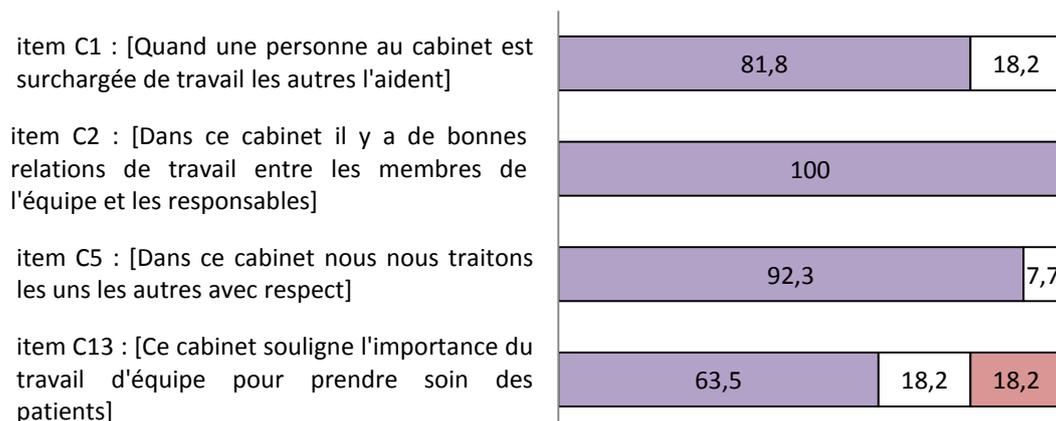
7. Suivi des patients (66,5%)



8. Formation continue (61%)



9. Travail d'équipe (84,4%)



10. Pression et rythme de travail (11,8%)

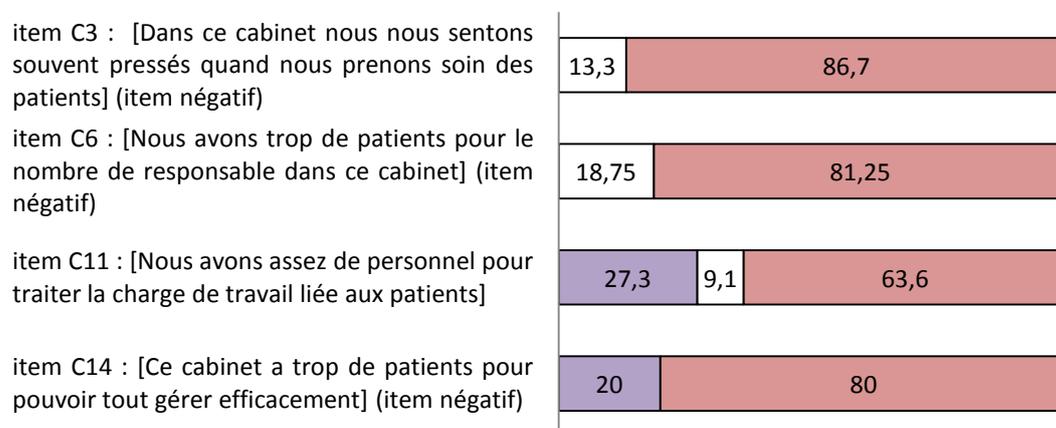


Figure 6 : Résultats des items des 10 dimensions de la culture de sécurité.

Le tableau 35 récapitule les scores de chaque dimension. Les dimensions ayant obtenus le score le plus important étaient "Capacité à diriger" (87,5%), "Travail d'équipe" (84,4%), et ces dimensions, ainsi que 3"Communication libre" (76,2%) et "Communication sur l'erreur" (76,15%) avaient atteint le seuil de 75%. Les dimensions "Procédures standardisées" (23%) et "Pression et rythme de travail" (11,8%) avaient par contre un score inférieur à 50%.

Dimensions	Score
1. Communication sur les erreurs (SECTION D)	76,15 %
2. Communication libre (SECTION D)	76,2 %
3. Procédures standardisées (SECTION C)	23 %
4. Organisation apprenante (SECTION F)	51,1 %
5. Perceptions générales (SECTION F)	65,35 %
6. La capacité à diriger (SECTION E)	87,5 %
7. Suivi des patients (SECTION D)	66,5 %
8. Formation continue (SECTION C)	61 %
9. Travail d'équipe (SECTION C)	84,4 %
10. Pression et rythme de travail (SECTION C)	11,8 %

Tableau 35 : Score des dimensions explorées de la culture de sécurité des soins.

- Les dimensions dont le score est **égal ou supérieur à 75 % sont considérées comme développées**
- Les dimensions dont le score est **inférieur ou égal à 50 % sont considérées comme à développer**

Les scores des dimensions peuvent être reportés dans un radar (figure 7). Le quadrillage en trait plein correspond à une dimension, son score y est noté par un marqueur. Le tracé correspond à l'échelle des scores atteints des médecins du pôle.

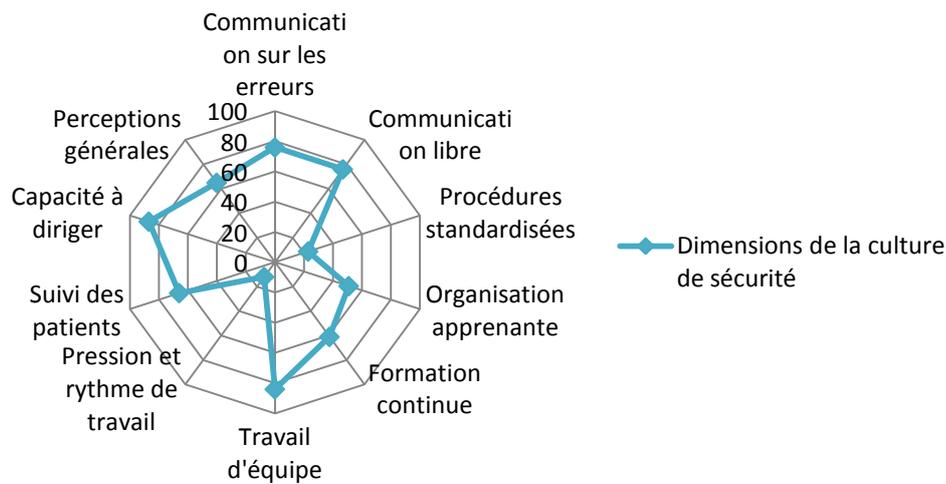


Figure 7: Les 10 dimensions de la culture de sécurité des soins.

5.3. Exploration de la sécurité et de la qualité des soins

La SECTION G permettait au participant de renseigner la perception qu'il avait de l'efficacité des dispositifs de **sécurité des soins** mis en place au cabinet, et **de leur qualité**, puis d'en donner une note globale. La **qualité des soins** était jugée "**bonne**" sur les critères "**centré sur le patient**" (66,67%), "**efficace**" (66,67%), "**Opportune**" (38,89%), "**équitable**" (55,56%), et "**efficente**" (38,89%), avec, pour ce dernier critère, une équivalence du résultat avec la réponse "assez bonne". Il est notable que le **critère "opportune"** avait tout de même obtenu un pourcentage de réponse "**médiocre**" de 27,78% (figure 8). La **sécurité des soins au cabinet** obtenait une note globale de "**assez bonne**" (44,44%) (figure 9).

Figure 8 : Evaluation globale sur la qualité (SECTION G1).

"Globalement, comment noteriez-vous votre cabinet médical sur chacune des propositions suivantes au sujet de la qualité des soins?"

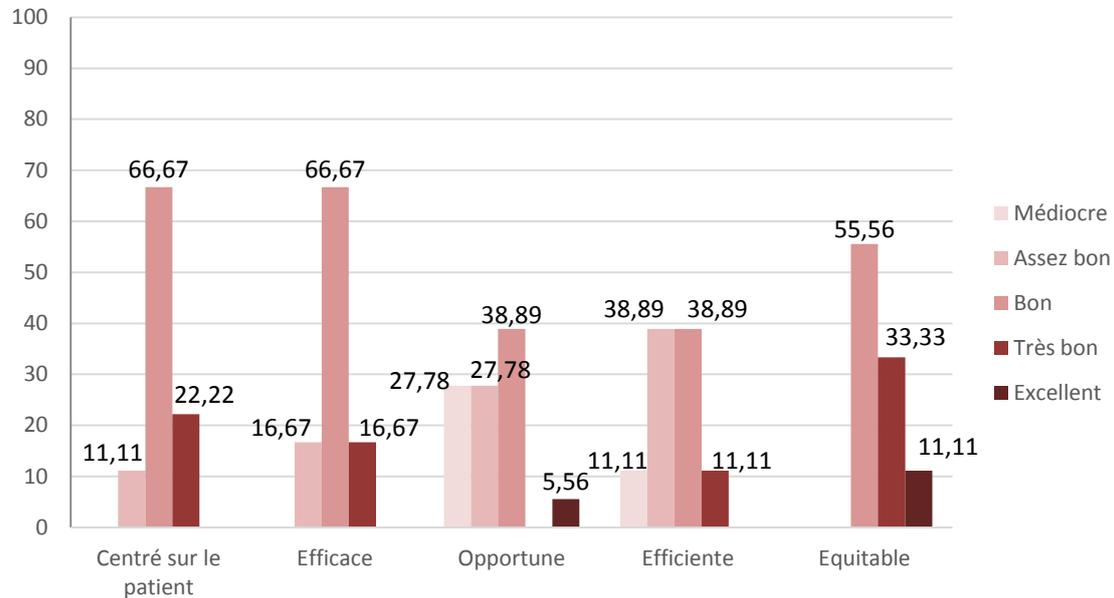
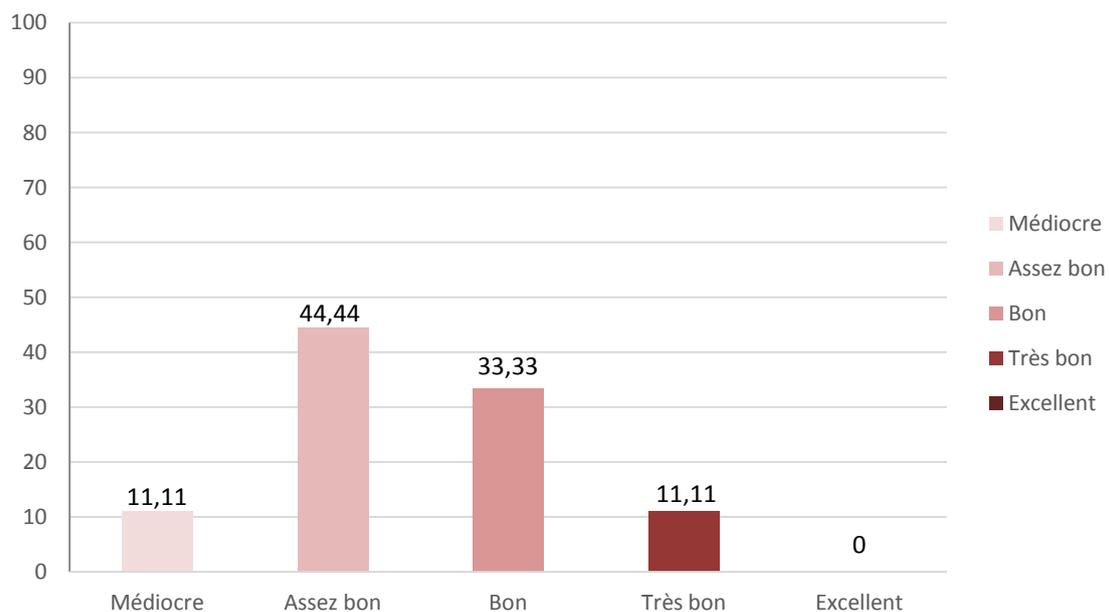


Figure 9: Evaluation globale sur la sécurité (SECTION G 2).

"Globalement, comment noteriez-vous les dispositifs et procédures de soins que votre cabinet médical a mis en place pour prévenir, identifier, et corriger les problèmes ayant le potentiel d'affecter les patients?"



5.4. Analyse des commentaires

9 commentaires ont été comptabilisés sur les 30 médecins répondants, dont 7 par des médecins généralistes du pôle de santé. Nous les avons regroupés afin de les traiter en 4 thèmes :

- 2 médecins du pôle exprimaient que **des efforts de développement d'un système organisé étaient encore à faire, rejoignant le score bas de la dimension "Procédures standardisées", dont le score était de 23%** : *"Il y a du boulot.", "Les procédures sont à écrire avec l'aide du pôle probablement. Actuellement tout est empirique."*
- 2 médecins du pôle exposaient **le risque engendré par une surcharge de patients sur la sécurité et la qualité des soins, reflétant le score de la dimension "Pression et rythme de travail" obtenant un score de 11,8%** : *"La surcharge de travail et les demandes trop nombreuses de trop nombreux patients entraînent de la fatigue en fin de journée, pouvant jouer sur le niveau de concentration [...].", "[...] J'ai peur d'avoir été influencé par l'atmosphère médicale du cabinet des derniers jours dans mes réponses. Mais l'activité des derniers jours n'est pas très différente du reste de l'année [...]."*
- 2 médecins du pôle exposaient **leurs préoccupations à propos de la continuité des soins** : *"J'exerce seul dans mon cabinet avec un secrétariat mais suis relié à d'autres confrères quotidiennement. Je m'assure de la continuité des soins lorsque je dois m'absenter, de façon à ce que les patients ne se dirigent pas vers les Urgences. ", "La relation avec mon confrère a toujours été franche et sympathique [...]. Me retrouvant seul maintenant, la permanence des soins pour mes patients devient plus problématique. Mais ayant des consultations libres, je vois souvent des patients de confrères absents."*
Ce dernier commentaire renvoyait par ailleurs aux **dimensions "Travail d'équipe" qui avait obtenu un score de 84,4%**.
- 1 médecin du pôle et 1 médecin extérieur ont commenté le questionnaire en lui-même et son reflet sur les pratiques différentes d'exercice : *"Les questions sont très peu en rapport avec ma façon de travailler seul et en consultation libre.", "Le questionnaire est orienté pour les cabinets de groupe. Il ne faut pas oublier que la plupart des médecins exercent seuls, ce qui n'est pas un handicap à l'heure du télétravail, des messageries sécurisées..."*

DISCUSSION

1. Interprétation des principaux résultats

L'objectif principal d'obtenir un taux de participation supérieur à 80% a été atteint puisque **nous avons un taux de participation de 100%**. Nous pouvons donc espérer **une bonne sensibilisation des médecins généralistes du pôle sur ces questions de sécurité des soins. Nous pouvons tenter de l'expliquer de plusieurs façons**. Premièrement, la culture de sécurité des soins et ses dimensions abordées (permanence et accès des soins, organisation comptant sur la communication et le travail en équipe) rejoignent le projet professionnel étudié lors de l'élaboration du pôle. Secondairement, les médecins intéressés par les réponses que peut apporter l'exercice en organisation de soins primaires sont probablement aussi intéressés par une organisation commune d'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins. Ces deux explications rejoignent donc notre hypothèse initiale d'une **dynamique créée par l'élaboration du projet professionnel du pôle de santé d'Evreux**. Par ailleurs, notre enquête était menée par des membres adhérents du pôle, un élan de confraternité professionnel a pu aussi contribuer à ce bon taux de réponse.

Le taux de 100% s'explique enfin aussi par notre choix de le calculer à partir du nombre de médecins qui aurait déclaré faire parti du pôle et non pas par rapport au nombre de médecins inscrit initialement sur notre annuaire. Lors de l'envoi des questionnaires, nous avons comptabilisé 18 médecins adhérents au pôle, et nous avons obtenu 18 réponses. Parmi ces réponses, 1 était incomplète et nous ne l'avons donc pas analysée. L'adhésion d'un médecin au début de l'étude, qui ne figurait pas sur l'annuaire du pôle mais sur la liste Eole 6 et qui avait coché "Oui" à la question de l'adhésion, nous a permis d'atteindre ce taux malgré la première réponse incomplète. Cette adhésion a été contrôlée auprès des responsables du pôle.

Nous avons envoyé les questionnaires à tous les médecins du pôle, y compris à 4 spécialistes mais leurs réponses n'ont pas été prises en compte dans ce travail car il s'agissait d'étudier les perceptions des médecins généralistes. Il est tout de même à noter qu'en

incluant leurs réponses nous aurions obtenu le même taux de participation, ce qui confirme bien l'intérêt des médecins pour la sécurité et la qualité des soins dans l'élaboration de notre pôle.

Ce taux atteint nous donnait la possibilité **d'interpréter les résultats comme le reflet réel des perceptions des médecins du pôle sur la sécurité des soins au sein de leur cabinet** en dressant un état des lieux initial de ces perceptions. Celui-ci indiquait que les dimensions ayant atteint un score supérieur ou égal à 75%, et donc perçues comme des dimensions de la culture de sécurité développées étaient : **"Capacité à diriger" (87,5%), "Travail d'équipe" (84,4%), "Communication libre" (76,2%) et "Communication sur l'erreur" (76,15%). A l'inverse, les dimensions "Procédures standardisées" (23%) et "Pression et rythme de travail" (11,8%) avaient atteint un score inférieur à 50%, et étaient donc considérées comme à développer.** Ces procédures ne sont pas encore élaborées au sein du pôle, ce qui peut expliquer que cette dimension ait obtenu un score faible.

De plus, la liste des déterminants de la sécurité et de la qualité des soins montrait que la **situation déclarée comme la plus fréquemment rencontrée était relative à l'accès aux soins**, défini comme un délai de rendez-vous supérieur à 48 heures pour un problème grave ou aigu. La **qualité de l'échange d'informations** était jugée **plus souvent difficile avec les hôpitaux (23,4%) et les autres cabinets médicaux (11,7%), ce qui montre qu'une des voies de travail du pôle de santé doit passer également par une amélioration de ces rapports.**

Ces résultats sont cohérents avec les perceptions déclarées des médecins du pôle dans la section du commentaire libre. Nous retrouvons un thème abordé correspondant à la dimension **"Pression et rythme de travail"** : *"La surcharge de travail et les demandes trop nombreuses de trop nombreux patients entraînent de la fatigue en fin de journée", "J'ai peur d'avoir été influencé par l'atmosphère médicale du cabinet des derniers jours dans mes réponses."*

La continuité des soins était évoquée dans 2 commentaires **comme une préoccupation importante du médecin généraliste**, soit comme une problématique, soit comme un objectif majeur de l'organisation. 2 commentaires exposaient **la gestion des risques comme une construction à venir, jugée jusque-là comme "empirique"**. Ils voyaient l'organisation du

pôle de santé comme un tremplin à une structuration de la gestion des risques, ce qui rejoint notre hypothèse initiale.

Ces résultats mettent bien en évidence différentes problématiques de la sécurité des soins primaires : la réalité d'une organisation de la gestion des risques au niveau local encore absente malgré les efforts des médecins à l'échelle individuelle ou entre quelques individus (permanence des soins, moins de nouveaux patients pour des soins de meilleure qualité, ...), et les difficultés porteuses d'un risque d'évènements indésirables comme un accès aux soins plus difficile pour les patients, un délai de consultation allongé, des médecins surchargés dans un département touché par une faible démographie médicale. En ce sens, le SROS 2017 classait la région Haute-Normandie en 20^{ème} position sur la métropole en termes de densité médicale. Cette densité s'affichait entre 7 à 8 médecins pour 10 000 habitants pour le secteur d'Evreux, dont 33% avaient plus de 60 ans.

Le taux de participation était plus faible pour les médecins extérieurs au pôle (46,1%). Il était noté que parmi les médecins répondants, 16,7% d'entre eux souhaitaient adhérer au pôle de santé. Nous avons remarqué que plusieurs de ces médecins généralistes exercent principalement une activité spécialisée (expertise, nutrition, homéopathie) et ce type de spécialisation peut être à l'origine d'un désintérêt à la participation d'une organisation des soins primaires.

Enfin, les résultats sociodémographiques montraient que **la population médicale du pôle comprenait plus de femmes (27,8%)** que la population des médecins répondants (23,3%). Ces résultats restent cohérents avec le chiffre (30,2%) issu du baromètre médical INPES de 2009. **La tranche d'âge la plus représentée dans les deux groupes était celle des [46;60[** avec un pourcentage global de 46,7%. Il est à noter que **la proportion des médecins de la tranche d'âge [30;45[est plus importante dans le groupe des médecins du pôle (27,8%)**, ce qui est cohérent avec le chiffre du baromètre indiquant une tendance à la diminution de l'intérêt des médecins de la catégorie la plus jeune pour l'installation en exercice seul. Dans ce sens, la proportion des médecins installés en groupe et en cabinet pluridisciplinaire était plus importante dans le groupe du pôle (respectivement 44,4% et 22,2%) que dans le groupe hors pôle (respectivement 25% et 8,3%). Mais la liste Eole 6 n'étant pas sélectionnée comme un échantillon représentatif de la population médicale de l'agglomération, nous ne pouvons

pas conclure à une généralisation de nos résultats sur toute la population médicale hors pôle.

2. Forces et faiblesses de notre enquête

2.1. Liées à notre méthodologie

La principale force de notre enquête tient à la méthode de recueil et de suivi des résultats. Les différents rappels par mail et par téléphone que nous avons effectués nous ont permis d'atteindre les deniers médecins non répondants et ainsi de pouvoir obtenir un meilleur taux de réponse.

La première faiblesse de notre étude tient à la méthodologie employée pour la traduction du questionnaire. Il n'existe pas pour l'instant de traduction en français directement proposée par l'AHRQ, c'est la raison pour laquelle nous avons pris la décision d'en proposer une. Mais nous n'avons pas suivi les recommandations de l'OMS concernant la traduction d'un questionnaire, et en particulier, nous n'avons pas procédé à plusieurs allers-retours. Cela nous exposait à un risque d'altération de la signification de certains items. Par exemple, nous avons laissé dans notre traduction la différence entre les termes de responsable du cabinet et membre de l'équipe, et la traduction de toutes les professions proposées par l'AHRQ, ce qui pouvait induire en erreur le répondant. En effet, plusieurs statuts comme assistant médical n'existent pas en France.

L'intérêt de vérifier les qualités métrologiques (validité et fiabilité) de notre traduction était donc important.

La **validité qualitative externe** du questionnaire est retrouvée **dans la littérature utilisant le MOSPSC**. Il avait déjà fait l'objet de plusieurs travaux d'experts sur la capacité des dimensions et des items à explorer la culture de sécurité des soins primaires (27). Il a été utilisé depuis dans de nombreux pays et fait l'objet de publications (53) (54). **La validité qualitative interne a été vérifiée par la réalisation d'un pré-test** auprès de 6 médecins du pôle et participants au Groupe Qualité d'Evreux, 1 mois auparavant pour éviter tout biais de mémorisation. Nous n'avons recueilli aucune remarque sur sa composition et sa

présentation. Le seul commentaire du pré-test que nous avons reçu a porté sur le temps de remplissage du questionnaire jugé supérieur au temps annoncé.

La vérification de la **validité quantitative** était nécessaire car, bien que largement utilisé, le questionnaire reste dépendant de la population à laquelle il est soumis et de la qualité de la traduction effectuée. Nous n'avons pas procédé à un calcul du nombre théorique nécessaire de participants car nous avons préféré solliciter tous les médecins généralistes du pôle. Cela pourrait nous être reproché mais il n'en reste pas moins que l'utilisation de l'outil reste intéressante pour guider les priorités à aborder dans le cadre du pôle, puis observer les changements dans les perceptions au cours du temps. **L'étude de la cohérence interne** a été effectuée par la mesure du **coefficient alpha de Cronbach** enrichi par le logiciel SPSS25©. Ces tests nous confortent sur la validité quantitative du test, même si l'item D5 mériterait sans doute d'être reformulé. Par ailleurs, le faible nombre de répondants à la section E demande à interpréter prudemment le score élevé de la dimension "Capacité à diriger".

Les réponses proposées aux items correspondent à des appréciations dont les représentations sémiologiques peuvent varier d'un sujet à un autre. La distance entre deux valeurs proposées ne peut-être mesurée et reste subjective. Lors de la procédure du coefficient alpha de Cronbach, l'hypothèse d'une "distance" égale entre les valeurs est faite, c'est-à-dire que cette distance entre chaque valeur ordinale est assimilée à un intervalle supposé égal. La conversion en valeur numérique des réponses données avant traitement statistique simplifie les calculs mais ne doit faire perdre de vue leur caractère ordinal. Aussi nous ne pouvons pas passer sous silence que l'utilisation habituelle dans ce type de travail du test de Cronbach théoriquement réservé à des valeurs continue est débattue (55).

Nous n'avons pas effectué de vérification de la validité de l'agencement en dimension, faute d'un nombre assez élevé de répondants pour atteindre une validité suffisante. Celle-ci est habituellement estimée avec au moins 150 répondants ou 5 répondants par item selon les sources. Néanmoins nous n'avons pas l'intention de modifier la forme du questionnaire concernant ses dimensions principales, afin de maintenir sa comparabilité.

Le **test de fiabilité temporelle (ou test-retest)** montrait une corrélation positive statistiquement significative ($p < 0,0005$). Cette corrélation nous permet de confirmer la

fiabilité du test dans le temps. Le pré-test et le questionnaire ont été envoyés en période d'épidémie de grippe, l'affluence des patients a sans doute été comparable lors des deux tests. L'envoi du questionnaire coïncidait par contre avec le début des vacances scolaires de fin d'année, et donc avec des absences probables de médecins et une surcharge de travail plus importante. Cela a pu influencer défavorablement le résultat du test de fiabilité temporelle. Nous n'avons pas trouvé de recommandation concernant la valeur de corrélation lorsqu'il s'agit d'étudier des perceptions, mais sa valeur est souvent inférieure à celle retrouvée dans un test de Pearson non approprié ici en raison du caractère ordinal des variables.

Nous avons par ailleurs relevé le nombre d'items pour lesquels les médecins du pôle avaient opté pour la réponse "Ne sait pas ou ne s'applique pas". Au total 14 items avaient obtenu cette réponse par au moins le tiers des répondants. Ces items répartis sur les sections C et D concernaient les dimensions "Travail d'équipe", "Formation" et "Communication sur l'erreur". Ce phénomène peut s'expliquer de plusieurs façons. Premièrement, nous n'avons pas procédé à une annonce sur le travail effectué et il n'y a eu aucune formation antérieure sur le sujet de la sécurité des soins. Cette explication peut principalement concerner la dimension "Communication sur l'erreur", car les médecins n'avaient peut-être pas l'habitude et la formation pour la pratiquer. Par ailleurs, les médecins répondants étaient 33,3% à exercer seul, ce qui peut expliquer la mauvaise adaptation à leurs pratiques des items concernant les dimensions de "Travail d'équipe", "Formation de l'équipe" et celles des communications. On pourrait donc reprocher au questionnaire un manque d'adaptation au contexte français de la pratique médicale ambulatoire, notamment en ce qui concerne la question du travail d'équipe. 2 commentaires du questionnaire final rejoignaient le propos d'une approche insuffisamment adaptée sur la pratique en exercice seul. Nous avons relevé en effet que ce questionnaire était principalement adapté à un exercice de groupe. La différence d'organisation des soins primaires entre les Etats-Unis et la France explique la difficulté d'introduire un questionnaire américain à nos pratiques, ceux-ci étant plus organisés en structures pluridisciplinaires. La raison pour laquelle nous avons retenu malgré tout cet outil se basait justement sur la prochaine organisation du pôle de santé d'Evreux qui devrait probablement influencer nos pratiques et notre organisation individuelle. Son

utilisation répondait donc à notre volonté de pouvoir réutiliser cet outil comme suivi des impacts de cette organisation sur la culture de sécurité des médecins.

2.2. Liées à la méthode d'évaluation choisie

NIEVA et SORRA (6) expliquaient que la quantité des outils d'évaluation de la culture de sécurité disponibles dans la littérature était importante, mais avec un manque d'informations concernant la validité et la fiabilité de certains. Ils recommandaient donc avant d'utiliser un outil d'évaluation, de vérifier la disponibilité, la fiabilité, et la validité de l'outil, sa pertinence avec la population concernée, et la pertinence des aspects et des dimensions explorées pour la structure.

Nous avons fait le choix d'utiliser un outil permettant la comparabilité des résultats à ceux d'autres équipes, y compris en Europe et malgré la diversité des organisations de soins primaires. C'était un avantage considérable que de pouvoir exploiter un outil existant et de bénéficier d'un travail de validation interne des différentes communautés médicales qui ont déjà traduit le MOSPSC.

La méthodologie recommandée par l'AHRQ de préserver le questionnaire de toute modification des sections garantissait les qualités intrinsèques du test et permettait une approche internationale de la culture de sécurité des soins. A ce titre notre traduction a été autorisée par l'AHRQ pour une utilisation dans un travail de recherche. Mais sa comparabilité nécessiterait une validation sur une plus grande cohorte, et en particulier pluri-professionnelle.

Une des faiblesses rencontrées dans notre enquête tient à cet outil d'évaluation. Notre choix d'outil d'évaluation s'est porté sur un auto-questionnaire, donc une méthode déclarative. Les réponses peuvent donc être potentiellement influencées par plusieurs facteurs (l'activité du médecin, les problèmes rencontrés au cours des consultations précédant la passation du questionnaire). GUNDELMUND (56) mettait en garde le lecteur sur le principe d'utiliser des questionnaires sur l'évaluation d'un système de valeurs complexes, risquant selon lui d'obtenir des approximations assez importantes, et dont l'utilisation et la comparaison des résultats ne comporteraient que peu d'intérêt.

Il existe des phénomènes psycho-sociaux inconscients déclenchés par une défense sociale à la lecture des questions ou des réponses proposées, non spécifiques à un domaine particulier (57) :

- L'action de prestige, qui est une réaction automatique à la peur d'un risque de jugement.
- La contraction défensive qui provoque la crainte d'une utilisation contre soi, ou la fermeture devant une question considérée comme délicate, avec un risque d'augmentation des réponses neutres.
- L'attraction de la réponse positive.
- La peur de certains mots affectivement chargés ou socialement non désirables.
- L'effet de halo ou effet de contamination des questions les unes par les autres.

Certaines mesures existent afin d'éviter l'effet de halo ou un biais d'acquiescement. Ces biais ont pu être évités en partie par la construction du questionnaire original avec une redondance de certains items et la présentation d'items au libellé positif et négatif. Le guide de méthodologie du questionnaire conseillait aussi d'éliminer ceux contenant une majorité de réponses neutres ou identiques.

En choisissant de présenter le questionnaire sous forme de lien internet, nous avons pu éviter des erreurs de logique. Par exemple, la cinquième section concernant le participant non responsable financier ne pouvait être remplie que si celui-ci avait coché à la question précédente qu'il ne possédait pas de rôle de gestionnaire ou de responsable financier du cabinet. Nous avons programmé les questions obligatoires pour progresser dans le questionnaire afin d'éviter les défauts de réponses. Le médecin répondant ne pouvait cocher qu'une réponse par question.

S'il semble qu'une relation entre climat de sécurité et diminution du nombre d'accidents existe, il n'a pas encore été démontré de relation de causalité entre une culture de sécurité des soins intégrée et une réduction des événements indésirables (9). Des interrogations se posent donc encore sur la représentativité de ces résultats sur le niveau de sécurité et de qualité (9). Ce type de méthode déclarative ne fournit que peu d'informations sur les aspects comportementaux et aucune sur les aspects situationnels. Nous comprenons donc que dans

une finalité d'évaluation de la culture de sécurité des soins, nous ne devrions pas nous limiter à proposer une seule méthode d'évaluation d'un seul aspect de la culture, mais qu'elle devra aussi être accompagnée d'une évaluation portant sur les autres aspects.

En ce sens une étude faite en 2015 par la LINNEAUS collaboration (30) proposait d'identifier les outils utiles pour évaluer la culture de sécurité des soins primaires en Europe, et d'identifier des indicateurs de sécurité des soins qui permettrait d'aboutir à un lien entre culture de sécurité et sécurisation des soins. Le MOSPSC était un des deux outils recommandés. Les indicateurs de sécurité des soins primaires ont été choisis pour être axés sur des procédures et non sur des objectifs de résultats. Ces indicateurs ont été mis à l'essai dans des structures européennes de soins primaires afin de déterminer leurs facilités d'utilisation et leurs capacités à apporter aux structures une aide à l'amélioration de la sécurité. 16 ont été retenus comme indicateurs d'une culture de sécurité positive, et 5 plus appropriés aux soins primaires :

- Des lignes directives d'hygiène des mains
- La conformité aux règles de stérilisation de l'équipement
- La pratique de recueil de données sur les événements indésirables
- L'entretien de l'équipement médical
- Une bonne capacité à diriger sur les questions de sécurité et de qualité au sein de la structure

La limite de cette étude était l'application des outils et des indicateurs à un faible échantillon expertisé. Mais il semble que l'association d'une évaluation de la culture de sécurité associée à un contrôle de validation des indicateurs de sécurité procéduraux ait un intérêt dans la construction d'une culture de sécurité des soins efficace et positive. C'est la voie que les auteurs préconisaient dans l'objectif d'étudier cette relation entre culture de sécurité et sécurisation des soins.

2.3. Liées à la conceptualisation de la culture de sécurité des soins

Nous avons vu que la pluralité des définitions du concept de culture de sécurité des soins et la diversité des dimensions explorables rendent son évaluation complexe.

L'association dans ce type de travail à des sociologues et anthropologues spécialistes sur les questions du management et de l'acculturation en soins primaires, tels que Mme BLOY ou Mr SCHWEGER, pourrait être intéressante. Elle permettrait **d'apporter plus de profondeur à cette évaluation de l'aspect psychologique de la culture de sécurité**, et ce d'autant plus qu'elle vise l'objectif d'une acculturation en modifiant des cultures professionnelles fortes (1).

Les organisations de soins regroupent plusieurs catégories professionnelles et donc plusieurs sous-cultures différentes, mais elles peuvent partager une orientation commune et des valeurs similaires. SCOTT et MANNION (10) exposaient 2 hypothèses de changement de culture, la première basée sur une continuité culturelle, avec la volonté "de faire ce qu'on fait en mieux", une seconde basée sur "faire quelque chose de différent", dans le cas où la culture existante doit être refondée.

Le changement de culture ne peut se faire rapidement, il nécessite un changement structurel de la culture professionnelle des individus. Philippe BERNOUX précise que : "Tout changement est accepté dans la mesure où l'acteur pense qu'il a des chances de gagner quelque chose, et en tout cas sent qu'il maîtrise suffisamment les leviers et les conséquences du changement. Celui-ci doit se raisonner en termes de pouvoir : celui qui a le sentiment de perdre ne peut que refuser le changement ou tenter de le freiner." (1). **Il est donc primordial de comprendre la psychologie des interactions des individus entre eux** car tout changement, mineur ou majeur, aura un impact. Elle pourra donc aider à anticiper les réactions des professionnels et à comprendre pourquoi ils pourraient se montrer réfractaires (22). L'une des difficultés rencontrées consistera donc à surveiller l'impact sur chaque sous-culture professionnelle afin de concevoir des stratégies spécifiques selon le degré d'intégration des sous-cultures et la présence d'une sous-culture dominante.

Le changement de culture reste une entreprise laborieuse, complexe et risquée. SCOTT et MANNION (10) nous mettaient en garde, entre autre, sur l'utilisation d'objectifs de sécurité basés sur des résultats et non sur des procédures, risquant de monopoliser les attentions dans certains domaines et sur des objectifs à court terme au détriment d'autres.

L'émergence de la recherche au sein de la filière universitaire de la médecine générale semble primordiale dans l'optimisation de la sécurité des soins. Un travail de thèse réalisé en 2016 dans la faculté de Médecine de Nantes (37) avait pour objectif d'évaluer la

perception de la culture de sécurité des internes de médecine générale en utilisant un questionnaire anglo-saxon, le *medical student safety attitudes and professionalism survey* (MSAPPS). Leur taux de participation était de 54,5%. La dimension du travail en équipe recueillait le plus fort taux de réponses positives avec un score noté à 91%, mettant en avant la nécessité d'une collaboration de qualité, une communication efficace et une entraide entre membre de l'équipe. Il était noté un fort taux de réponse "sans opinion", dont l'hypothèse principale était de reconnaître le manque d'expérience des internes dans le domaine de la sécurité des soins.

Il existe donc bien un intérêt à poursuivre cet effort en intégrant les dimensions de la culture de sécurité des soins dès la formation des professionnels (1). Cela pourrait leur permettre d'accéder facilement à une approche systémique de la gestion des risques. En ce sens, un effort universitaire se fait vers le développement d'une formation plus approfondie de la sécurité des soins, notamment dans la faculté de Lyon (34).

3. Résultats des études proches

Le MOSPSC a été utilisé en France sur une période de 2015 à 2017 comme questionnaire d'évaluation de la culture de sécurité des soins primaires au cours de **l'étude Pluri professionnalité et gestion des Risques par un programme Multi-facette en soins primaires (PRisM)** (58). Il s'agissait d'une étude multicentrique, prospective menée sur 2 groupes randomisés de 36 structures (415 soignants) regroupant des maisons, pôles ou centres de santé. Un des groupes avait été formé à la gestion des risques. L'objectif principal était d'évaluer l'impact du programme PRisM sur le taux d'évènement indésirable déclaré et sur la culture de sécurité en soins primaires par le biais de l'utilisation du questionnaire MOSPSC. Un des objectifs secondaires était d'obtenir la validation métrologique de leur traduction française. La première phase de l'étude a montré 304 EI déclarés et 268 questionnaires remplis à la phase initiale (65% de réponses). Les résultats finaux ne sont à l'heure actuelle pas encore publiés.

Nous avons comparé secondairement notre questionnaire à celui utilisé par l'étude PRISM (34). Cette comparaison révèle que 5 items peuvent être interprétés avec un sens différent. Certains intitulés des options de réponses étaient aussi différents.

Par exemple, nous proposons les options de réponses sur une échelle de Likert de fréquence croissante : Quotidiennement/Hebdomadairement/Mensuellement/Plusieurs fois ces 12 derniers mois/Une ou deux fois ces 12 derniers mois/Jamais ces 12 derniers mois/Ne s'applique pas ou ne sait pas. Leurs options de réponses se présentaient sur une échelle décroissante : Jamais/Rarement (1 ou 2 fois/an)/ Quelquefois (3 à 5 fois /an)/ De temps en temps (environ 1 fois/mois)/ Souvent (environ 1 fois/semaine)/ Toujours (environ 1 fois/jour)/ Je ne sais pas.

Notre travail a été partagé avec l'AHRQ, et nos résultats comparés avec le rapport de données 2016 (59). Ces données provenaient de 1 528 cabinets médicaux aux Etats-Unis et 25 127 répondants de plusieurs professions de santé de ville. Le taux de réponse moyen observé était de 68%. Les cabinets répondants (86%) appartenaient en majorité à un réseau ou une organisation de santé. Les trois principales professions répondantes étaient un autre type de poste clinique (30%), le personnel administratif (25%), et les infirmiers (17%). Nous avons comparé nos résultats uniquement aux données concernant les médecins répondants (effectif : 2 584).

Les dimensions de la culture de sécurité ayant obtenu un score élevé étaient "Travail d'équipe" (91%), "Perceptions générales sur la sécurité des soins" (81%), "Communication libre" (80%), "Organisation apprenante" (80%), "Formation de l'équipe" et "Communication sur les erreurs" (78%) et "Suivi des patients" (77%). La dimension ayant le plus fort potentiel d'amélioration avec un score inférieur à 50% était **"Pression et rythme de travail" (49%)**. La qualité des échanges d'informations était jugée moins bonne avec les laboratoires d'analyses et centres d'imageries (71%) et les autres cabinets de médecins (69%). Nous avons obtenu un plus mauvais score sur l'échange d'informations avec l'hôpital. **La liste des déterminants de la sécurité et de la qualité des soins** montrait le plus mauvais score concernant les **prescriptions médicamenteuses** (contact du pharmacien) avec un score de 66%, rejoignant ainsi nos résultats (44,4%). Mais ce score montrait aussi une communication essentielle entre les professionnels de santé de ville (médecins/pharmacies,

médecins /infirmiers) ce qui constitue un niveau de sécurité des soins (rattrapage d'une erreur de prescription par exemple) qu'il faut développer en renforçant et en encourageant ces rapports. Nous avons obtenu un pourcentage plus important également sur l'accès aux soins (44,4%) ce qui n'était pas le cas dans le rapport de données (79%).

Pour finir, nous avons une note globale de la sécurité jugée "assez bonne" (44,44%), plus faible que dans le rapport de données dans lequel elle était jugée principalement "très bonne" (39%).

Des limites à l'exploitation des données dans un but de comparaison doivent être notées. Les cabinets médicaux qui ont fourni les données ne sont pas des échantillons sélectionnés statistiquement mais ceux qui ont administré l'enquête au sein de leur cabinet et qui ont soumis leurs résultats. Ils représentaient moins de 1% de la population estimée des cabinets médicaux aux Etats-Unis. Par ailleurs, la population étudiée n'est pas majoritairement médicale contrairement à notre travail, et les cabinets médicaux concernent aussi les cabinets médicaux de spécialistes d'organes et de chirurgie, ce que nous avons exclu. Il n'était pas indiqué si ces résultats provenaient d'une première évaluation ou d'évaluations régulières dans le suivi d'un système de sécurité des soins. De plus, les cabinets médicaux n'étaient pas tenus de respecter une méthode d'administration du questionnaire (support papier, internet). Ces différentes méthodes pourraient conduire à des différences car l'organisation des réponses n'est pas identique et la version papier est plus difficile à mettre en œuvre pour éviter certaines erreurs. Enfin, les données ont été soumises à un contrôle d'exclusion des réponses incomplètes, ou ayant un nombre trop important de "Ne sait pas", ou bien encore trop de réponses identiques sur des items successifs. Mais aucun contrôle supplémentaire n'a été effectué pour vérifier l'exactitude des données.

A propos de l'utilisation et de la faisabilité du questionnaire, 2 études ont retenu notre attention.

La *European society for Quality and safety in family Practice (EQUIP)* exposait une évaluation du MOSPSC lors d'une conférence en mars 2017. L'objectif était de diffuser et d'explorer l'utilisation de ce questionnaire auprès de médecins experts, puis de **tester sa faisabilité** dans plusieurs cabinets médicaux de pays Européens (53). 38 médecins européens ont été recrutés sur 19 pays différents, avec une majorité d'hommes (63%) installés depuis

plus de 11 ans, travaillant majoritairement en groupe (63,3%). Le taux de participation était de 72,5%. Le radar des dimensions avait globalement le même aspect de développement des dimensions que celui de notre travail : la dimension la plus développée était "Travail d'équipe", et la moins développée était "Charge et rythme de travail". La sécurité des soins était par contre jugée à 73 % "bonne" à "très bonne".

Le recueil des avis se faisait en entretiens individuels et en focus groupes, auquel un délégué de l'AHRQ participait. A propos de l'utilité du questionnaire, 63% des médecins interrogés pensaient que son utilisation était intéressante, et 46% le pensaient faisable dans leur pays. 53,3% des médecins interrogés estimaient que le questionnaire les aidait à comprendre le concept de culture de sécurité, et 73,3% pensaient que les résultats pourraient aider les structures à prendre la décision d'améliorer la sécurité des soins. Les données ressortant des focus groupes montraient des retours positifs, principalement au sujet de l'augmentation de la sensibilisation sur la sécurisation des soins primaires : *"cela soulève des questions intéressantes sur leurs pratiques, y compris l'organisation du bureau et le travail d'équipe"*, l'intérêt de l'utiliser comme un outil initiateur d'un processus de réflexion et de discussion : *"l'utilité est probablement d'entamer une discussion entre les professionnels de santé au sein de la structure"*, *"le même questionnaire s'adresse à différentes personnes donc nous avons les perceptions des différentes professions"*, et la mise en avant des points faibles nécessitant des améliorations par un processus participatif. Le manque de temps, la validité du questionnaire (longueur, reproductibilité, absence de point de vue du patient), et l'estimation que l'initiation du changement ne relève pas du niveau local, sont les principaux facteurs de réticence retenus de son utilisation. Par ailleurs, son utilisation dans un objectif de comparaison international et national ne leur paraissait pas pertinente.

1 commentaire obtenu parmi les réponses des médecins spécialistes du pôle, mais qui n'ont pas été inclus dans les résultats, reprenait le facteur de réticence sur le temps de passation du questionnaire jugé trop long. Ceci présente un risque de difficultés dans l'utilisation sur le long terme de ce questionnaire comme outil régulier d'évaluation de la culture de sécurité.

Mais une phrase retenue lors des focus groupes réalisés par l'EQUIP résume plutôt bien dans le contexte de la médecine générale l'importance du défi à relever : *"Nous sommes*

confrontés à la complexité des patients, plus de co-morbidités, plus de polymédication, nous serons à la frontière des erreurs tout le temps, nous devons prendre le temps."

Une étude espagnole conduite en 2012 avait pour objectif d'adapter et de valider le questionnaire MOSPSC afin de mesurer la culture de sécurité chez les professionnels de soins primaires (54). La traduction et la validation du questionnaire à suivi une méthode de 5 étapes :

- Une première traduction par deux traducteurs bilingues ayant une expérience de la littérature scientifique
- Une évaluation de l'équivalence conceptuelle au système de santé espagnol puis une évaluation grammaticale, linguistique et sémantique du texte. Un traducteur américain bilingue a fait la première traduction en arrière.
- Une évaluation de l'acceptabilité et de la faisabilité du questionnaire en le pilotant lors d'une conférence de soins primaires. Le libellé de plusieurs items avait été clarifié avec les auteurs.
- Plusieurs items ont été dupliqués car jugés trop orientés aux non-professionnels de santé.
- Un pilotage du questionnaire puis une évaluation des propriétés psychométriques.

Le questionnaire adapté a été appliqué à 185 professionnels. 44,9% étaient des médecins. Le coefficient α de Cronbach était de 0,96 pour l'échelle totale. Ce résultat peut être discuté car son utilisation sur un questionnaire long est remise en cause. Les coefficients α de Cronbach des dimensions étaient entre 0,70 et 0,84, sauf pour les dimensions de Formation du personnel et Suivi des patients, qui obtenaient des valeurs légèrement inférieures à 0,70. Ils concluaient que le MOSPSC était un bon outil de diagnostic de la culture de sécurité en soins primaires, permettant des comparaisons à l'international. Mais dans le cadre d'une autoévaluation périodique, le questionnaire **était jugé excessivement long et redondant**. Ils proposaient que l'élaboration d'une version abrégée soit une des lignes de recherche future.

4. Hypothèses retenues pour notre cadre d'exploration

Le pôle de santé étant en plein développement, cet effet de dynamique provoque probablement un effet d'attractivité qui a certainement favorisé notre excellent taux de participation. Mais il semble marquer principalement aussi l'existence d'un réel intérêt des médecins généralistes sur le travail qu'il reste à accomplir dans le domaine de la sécurisation des soins primaires. Cet intérêt est, d'une manière générale, de plus en plus visible dans le domaine de la recherche depuis plusieurs années (2). Cela nous pousse à croire que le développement et la création de nouveaux outils nous permettra une évaluation plus complète de la culture de sécurité en prenant en compte tous ses aspects. Par exemple, il n'existe pas actuellement d'indicateurs de qualité et de sécurité en soins primaires qui soient consensuels (confirmé par la HAS qui a été contactée par mail), contrairement au domaine hospitalier où ces critères (IQSS) existent depuis 2010 dans la démarche de certification des établissements de santé (4).

Concernant l'aspect psychologique de la culture de sécurité, le MOSPSC semble être un outil compréhensible, facilement accessible, d'une durée de passation peu contraignante, et dont la validité et la fiabilité ont été testées. Le choix de passation du questionnaire par internet paraît simple et moins intrusif, laissant le choix au participant de s'y rendre au moment opportun et d'y revenir plusieurs fois. Nous n'avons pas reçu de commentaires sur la qualité et la construction du questionnaire. Par ailleurs, l'avancement du projet professionnel du pôle rendra probablement son contenu plus accessible aux médecins qui exercent seuls, avec par exemple **l'écriture de protocoles standardisés, désignée par nos résultats comme principal axe de développement**, et **l'élaboration d'un système de régulation téléphonique des consultations non programmées** comme cela est déjà fait la nuit dans le département de l'Eure, **ce qui pourrait avoir un effet d'amélioration sur la charge de travail des médecins généralistes, désigné ici comme second axe de développement**. Ces arguments nous confirment la possibilité de poursuivre l'utilisation de ce questionnaire pour effectuer le suivi de l'évolution de la culture de sécurité au sein du pôle.

L'acculturation est citée comme étant la clé de voûte du travail collectif, nécessaire au travail d'écriture de protocoles, de coordination des pratiques, et au système de gestions des

risques. Nous pouvons déduire que nos fortes dimensions impliquent **une bonne capacité à travailler ensemble et à communiquer, préparant ainsi un terrain propice à une acculturation de la sécurité des soins et au développement des dimensions faibles.** L'absence de procédures standardisées communes peut ainsi expliquer que nous ayons une note globale de la sécurité "assez bonne".

L'objectif d'instaurer une culture de sécurité des soins ayant une portée sur le long terme, il faudra pouvoir pérenniser cette bonne participation à une méthode d'évaluation de la culture. Le MOSPSC permet théoriquement, de par sa bonne sensibilité au changement testée par les auteurs, le suivi de l'évolution de la culture de sécurité. Mais encore faudrait-il effectuer ce test de sensibilité au changement sur notre traduction effectuée en français.

5. Perspectives de développement de la gestion des risques au sein de notre pôle

L'amélioration de la sécurité des soins devient précisément un enjeu de santé publique, définie comme un axe de stratégie nationale de santé 2018-2022 (60) centrée principalement sur :

- **Le soutien au développement de tous les modes d'exercices coordonnés** afin qu'ils deviennent majoritaires au sein du système de santé
- **La poursuite d'un effort de développement dès la formation d'une culture pluri-professionnelle et du travail en équipe**
- **Le développement d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et de sécurité des soins** en y associant les usagers

Cette thèse constituait une première étape de réflexion sur la sécurité des soins lors de la création du pôle de santé d'Evreux. Plus qu'un changement de culture, l'acculturation de la sécurité des soins se fera de façon plus profonde et progressive par une transformation de la culture organisationnelle des professionnels engagés dans la collectivité. Il reste donc un long chemin à parcourir avant l'instauration d'un véritable système de sécurisation des soins

au sein de notre organisation. En suivant la démarche des 7 étapes proposées par la NPSA (17), les futurs points à aborder seraient :

- La construction d'une culture de sécurité des soins juste, ouverte et apprenante en poursuivant cet effort d'évaluation des perceptions de ses membres.
- Le soutien de l'équipe vers un travail de sécurisation des soins en passant par des rapports et des réunions d'explications, et l'inclusion de ce domaine à une formation interne continue.
- L'intégration de la gestion des risques à nos pratiques quotidiennes en mettant en place des systèmes de détection et de signalement des événements indésirables facile d'accès.
- Le partage et l'apprentissage systématique et collectif à partir des erreurs détectées.
- La mise en œuvre des solutions de correction et de préventions de ces événements indésirables.
- La promotion de ce signalement. Un rapport annuel par exemple, est un moyen de valoriser les signalements effectués, les solutions et actions menées.
- L'implication et le développement d'outils de communication avec les patients.

Il faudra donc exposer ces principaux résultats aux adhérents du pôle, afin de pouvoir les sensibiliser à la nécessité de poursuivre cette étude en un travail organisé et collectif et convaincre d'instaurer une culture de sécurité de soins intégrée, dans laquelle les professionnels se sentent tous responsabilisés et impliqués. La formation d'un groupe de travail capable de s'expertiser sur les questions de sécurisation des soins primaires semble un bon moyen de créer un lien entre le management du pôle et tous les professionnels adhérents.

D'autre part, l'intérêt d'intégrer le patient à sa propre sécurité n'a pas été évoqué dans ce travail mais reste un axe de recherche développé ces dernières années. Par exemple, dans leur ouvrage sur la sécurité des patients, Brami et Amalberti proposaient 10 recommandations pour une médecine plus sûre, dont 2 concernaient la communication avec le patient, son écoute et sa participation. Il pourrait donc être judicieux d'étudier la possibilité d'inclure dans un groupe de travail des délégués de patients, ou bien la création d'un recueil de suggestions.

Ce groupe de travail pourra avoir la charge de poursuivre l'évaluation de la culture de sécurité des soins par une association de méthode qualitative et quantitative utilisable sur toutes les professions présentes dans le pôle. Le choix de cette évaluation multi-méthodique devra concerner tous les membres après une réunion d'information, afin que cet objectif soit compris et adhéré par tous, et l'utilisation du MOSPSC qui possède de bonnes qualités métriques nous paraît tout à fait adaptée.

Parallèlement, il faudra mettre en place un système de recueil et d'analyse d'EIAS qui soit clair, intuitif, et adapté à toutes les professions. En suivant le cycle PDSA, des réflexions collectives pourront être ainsi menées, laissant place à des actions, et des phases de vérification de leurs efficacités. La création d'un cahier des charges sur la mise en œuvre de ce système de déclaration et d'analyse, de rapports d'actions et de résultats pourrait être un travail intéressant.

Par ailleurs, une ouverture vers les autres structures de soins primaires permettrait une comparaison de nos résultats à un éventuel travail fait dans d'autres pôles de santé de Normandie, afin éventuellement d'organiser un travail plus global incluant plusieurs pôles.

CONCLUSION

L'objectif principal de ce travail était d'effectuer une première évaluation de la culture de sécurité des soins en utilisant le questionnaire *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* auprès des médecins généralistes du pôle de santé d'Evreux. Nous avons atteint un taux de participation de 100%, nous laissant espérer une bonne sensibilisation de ces médecins généralistes sur les questions de sécurité des soins. Nous étions ainsi autorisés à interpréter les résultats comme le reflet réel des perceptions des médecins généralistes du pôle, avec un score élevé pour les dimensions de la culture de sécurité "Capacité à diriger", "Travail d'équipe", "Communication libre" et "Communication sur l'erreur" et un score bas pour les dimensions "Procédures standardisées" et "Pression et rythme de travail".

Notre hypothèse initiale d'une dynamique créée par l'élaboration du projet professionnel du pôle de santé d'Evreux pouvant servir de levier à une acculturation de la sécurité des soins et à un travail de mutualisation des efforts de gestion des risques se conforte. Certaines dimensions fortes retrouvées sont décrites comme des leviers pour la pérennité d'une organisation de soins primaires. L'élaboration du projet professionnel du pôle devrait se poursuivre notamment avec **l'écriture de protocoles standardisés et la création d'un système de régulation des consultations non programmées, ce qui pourrait avoir un effet d'amélioration sur les deux dimensions jugées comme axe de développement.**

Notre objectif d'apporter une méthode d'évaluation initiale de la culture de sécurité dans ce pôle de santé est atteint avec notre traduction en français du questionnaire. Celui-ci avait obtenu de bons résultats statistiques de fiabilité sur cette application auprès de médecins généralistes. Une vérification de ces tests statistiques sur une population pluri-professionnelle nous sera nécessaire afin de pouvoir utiliser cet outil à terme dans le suivi des changements des perceptions suite aux différentes actions que nous aurons à effectuer pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Coutant D, Atalaya J, Coralie C, et al. Les maisons et pôles de santé : des outils pour faire du premier recours et des acteurs un segment indispensable à la politique de santé publique. Ecole des hautes études en santé publique : Module interprofessionnel de santé publique, 2014.
2. Brami J, Amalberti R. La sécurité du patient en médecine générale. Paris : Springer; 2010.
3. Michel P, Kerié-gascou M, Kret M, Mosnier A, Dupie I, Chanelière M et al. Etude nationale en Soins PRIMaires sur les événements indésirables (ESPRIT 2013). Bordeaux : Rapport final du Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine; 2013.
4. Ocelli P. La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique. HAS; 2010.
5. Groupe de travail de l'ICSI "Culture de sécurité". Les Cahiers de la sécurité industrielle : La culture de sécurité : comprendre pour agir. Toulouse : Institut pour une culture de sécurité industrielle; 2017. Disponible sur : <http://www.icsi-eu.org/>
6. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment : a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual Saf Health Care. 2003; 12(Suppl II):17-23.
7. URML Normandie. Groupes Qualité : Un travail en équipe et une dynamique de groupe [En ligne]. [Citation le 20 février 2018]. Disponible sur : <https://www.urml-normandie.org/en-action/groupes-qualite-gqn/>
8. Wu AW. Medical error : the second victim. The doctor who made the mistake needs help too. BMJ. 2000; 320:726-7. [doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>]
9. Ocelli P, Quenon JL, Hubert B, Hoarau H, Pouchadon ML, Amalberti R. La culture de sécurité en santé : un concept en pleine émergence. risques & qualite. 2007; 4(4):207-12.
10. Scott T, Mannion R et al. Implementing culture change in health care : theory and practice. int j qual health c. 2003; 15(2):111-8.
11. Risques&Savoirs. La catastrophe de Courrières [En ligne]. [Citation le 17 janvier 2018]. Disponible sur : <http://www.reseau-canope.fr/risquesetsavoirs/la-catastrophe-de-courrieres.html>
12. Daniellou F, Simard M, Boissières I. Les cahiers de la Sécurité Industrielle : Facteurs humains et organisationnels de la sécurité industrielle : un état de l'art. Toulouse : Institut pour une culture de sécurité industrielle; 2010. Disponible sur : http://www.icsi-eu.org/francais/dev_cs/cahiers/
13. Beauchet F, Fernandez C, Roger M, Ruallem L. Le retour d'expérience. Un instrument de gouvernance des risques [Master d'ingénierie des risques]. Paris : Université Paris-Descartes; 2016.

14. Health & Safety Executive. A review of the safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit. Bristol : Research Report 367; 2005.
15. Chabas S. Prévalence des évènements indésirables associés aux soins en ambulatoire: revue de la littérature [Thèse d'exercice de médecine générale]. Lyon : Université Claude Bernard-Lyon 1; 2013.
16. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To Err is Human, Building a safer Health System. Washington : Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine; 1999.
17. NPSA. SEVEN STEPS to patient safety in general practice. National Reporting and Learning Service. NHS; 2009.
18. Le portail du service public de la Sécurité sociale. Présentation de la réforme de l'Assurance maladie de 2004 [En ligne]. [Citation le 12 février 2018].
19. Haute Autorité de Santé. Missions de la HAS [En ligne]. [Citation le 25 janvier 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1002212/fr/missions-de-la-has
20. Bacou J. Le réseau européen pour l'amélioration de la sécurité du patient EUNetPAS. Colloque sur les événements indésirables associés aux soins, 2ème session : Politiques internationales et enjeux en matière de sécurité du patient [org par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques]. 24 novembre 2010; Paris, France. 2010. Disponible sur : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Actes_du_colloque_ENEIS.pdf
21. Michel P et al. Sécurité des patients, mieux connaître et réduire les risques. Actualité et Dossier en Santé Publique; 2012. 79.
22. Organisation Mondiale de la Santé. Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients, édition multiprofessionnelle. V2015; 2015.
23. Scott T, Mannion R, Davies H, Marshall M. The Quantitative Measurement of Organizational Culture in Health Care : A Review of the Available Instruments. health serv res. 2003; 38(3)923-45.
24. MD Cooper. Towards a Model of safety Culture. Safety Science. 2000; 36:111-36.
25. Roussel P, Moll MC, Guez P. Méthodes et outils essentiels de la gestion des risques en santé. Étape 1 : Structurer une démarche collective de gestion des risques. risques & qualite. 2007; 4(3):171-9.
26. Ocelli P, Quenon JL, Djihoud A. Mesure de la culture de sécurité des soins en milieu hospitalier. Guide d'utilisation de l'outil de mesure. Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine; Mai 2010.

27. Sorra J, Gray L, Famolaro T, et al. Medical Office Survey on Patient Safety Culture : User's Guide. Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality Publication; Juin 2016. Rapport 15(16)-0051-EF. Disponible sur : <https://www.ahrq.gov/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/index.html>
28. Haute Autorité de Santé. La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Mars 2012. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf
29. Sorra J, Gray L, Streagle S, et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture : User's guide. Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality Publication; Janvier 2016. Rapport 15-0049-EF. Disponible sur : <https://www.ahrq.gov/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
30. Parker D, Wensing M, Esmail A, Valdenas J. Measurement tools and process indicators of patient safety culture in primary care. A mixed methods study by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *eur j gen pract.* 2015; 21(suppl. 1):26-30. [DOI : 10.3109/13814788.2015.1043732]
31. Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M. Patient Safety Culture in primary care : developing a theoretical framework for practical use. *qual saf health care.* 2007; 16:313-320. [DOI : 10.1136/qshc.2006.018366]
32. Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) Primary Care. The University of Manchester; 2006. Disponible sur : <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59796>
33. Haute Autorité de Santé et IPSOS Santé. Etude Perception de la sécurité des soins en ville Présentation. 2011. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/culture_de_securite_professionnels_de_ville_mode_de_compatibilite.pdf
34. Chanelière M. La sécurité du patient en soins primaires : éléments conceptuels, épidémiologie, interventions auprès des professionnels de santé [Thèse de doctorat en Santé publique]. Lyon : Université Claude Bernard-Lyon 1; 2017.
35. Haute Autorité de Santé. Réalisation d'un questionnaire simplifié évaluant la culture de sécurité [En ligne]. [Citation le 23 janvier 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1694982/fr/realisation-d-un-questionnaire-simplifie-evaluant-la-culture-de-securite.
36. Psiuk T. La résilience, un atout pour la qualité des soins. *Recherche en soins infirmiers.* 2005; (82). Disponible sur : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/82/12.pdf>

37. L'heudé B. Evaluation de la culture de sécurité et du dévoilement de l'erreur des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Nantes [Thèse d'exercice de médecine générale]. Nantes : Faculté de médecine de Nantes; 2016.
38. Haute Autorité de Santé. Sécurité des patients et soins de ville [En ligne]. [Citation le 26 janvier 2018.]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2582310/fr/securite-des-patients-et-soins-de-ville
39. Haute Autorité de Santé. Lexique ou glossaire de termes à utiliser [dans les productions HAS] pour les soins délivrés en dehors des établissements de santé [En ligne]. 2015. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/3.3_lexique_soins_de_ville.pdf
40. Keriél-Gascou M, Figon S, Letrilliart L, Chanelière M, Colin C. Classifications et définitions des événements indésirables associés aux soins primaires : une synthèse de la littérature. La presse Médicale. 2011; 40(11):499-505.
41. Michel P, Minodier C, Lathelize M, Moty-monnereau C, Domecq S. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé : Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004. DREES; 2010. Dossiers solidarité et santé 17.
42. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. *exercer*. 2014; 25(114):148-57.
43. Chanelière M, Probœuf T, Letrilliart L, Zerbib Y, Colin C. La iatrogénie observée en médecine générale. *exercer*. 2014; 25(114):173-80.
44. Ministère chargé de la Santé. Portail de signalement des événements sanitaires indésirables [En ligne]. [Citation le 27 janvier 2018]. Disponible sur : https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil.
45. Prescrire.org. Un programme Prescrire d'amélioration de la qualité des soins fondé sur la pédagogie par l'erreur [En ligne]. [Citation le 23 février 2018.]
46. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, Baromètres santé; 2011.
47. Académie Française. Implémenter [En ligne]. [Citation : 27 janvier 2017.]. Disponible sur : <http://www.academie-francaise.fr/implémenter>
48. Courbot C. De l'acculturation aux processus d'acculturation, de l'anthropologie à l'histoire : Petite histoire d'un terme connoté. Paris : Éditions de la Sorbonne «Hypothèses»; 2000. p121-9.
49. FFMPs. Lexique [En ligne]. [Citation le 26 janvier 2018.]. Disponible sur : <http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/lexique>

50. Legifrance.gouv.fr. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 36 [En ligne]. [Citation le 26 janvier 2018]. Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/article_36
51. FFMPs. Vous avez un projet : Projet de santé & Cahier des charges de la DGOS [En ligne]. [Citation le 18 février 2018]. Disponible sur :
<http://www.ffmps.fr/index.php/exercice-coordonne/vous-avez-un-projet>
52. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ.* 2011; 2:53-55. [DOI: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd]
53. DUPIE I, NGUYEN VAN NHIEU A. The medical office survey on patient safety culture MOSPSC Opinions and views of EQUIP network General Practitioners. EQUIP Conference. 4 Mars 2017. Dublin, Ireland. 2017.
54. Torijano-Casalengua ML et al. Validation of a questionnaire to assess patient safety culture in Spanish Primary Health Care professionals. *Atención Primaria.* 2013; 45(1):21-37.
55. Gadermann A, Guhn M, Zumbo B. Estimating ordinal reliability for Likert-type and ordinal item response data : A conceptual, empirical, and practical guide. *Practical Assessment, Research & Evaluation.* 2012; 17(3). Disponible sur :
<http://pareonline.net/getvn.asp?v=17&n=3>
56. Gundelmund F. The nature of safety culture : a review of theory and research. *Safety science.* 2000; 34:215-257.
57. Bouletreau A, Chouanière D, Wild P, Fontana JM. Concevoir, traduire et valider un questionnaire : A propos d'un exemple, EUROQUEST. Service d'épidémiologie, Institut National de Recherche et de Sécurité : Mai 1999.
58. Chanelière M. Evènements Indésirables Associés aux Soins : comment «dynamiser» le signalement et l'analyse en ville ? Journée Régionale sur les EIAS. 21 septembre 2017; Dijon, France.
59. Famolaro T, Yount N, Hare R et al. Medical Office Survey on Patient Safety Culture 2016 User Comparative Database Report . Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality Publication; Mai 2016. Rapport 16-0028-EF.
60. Stratégie nationale de santé 2018-2022. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge au bénéfice de la population. Ministère des solidarités et de la santé; 2017.42-59.
Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf

ANNEXE 1 : Traduction du questionnaire MOSPSC.

Ce questionnaire vise à recueillir votre opinion sur les déterminants qui pourraient affecter globalement la sécurité et la qualité des soins prodigués aux patients dans votre cabinet.

Il vous prendra environ 10 minutes

Vous n'êtes pas tenu de le remplir en une seule fois, vous pourrez y revenir et terminer plus tard.

Vous devez fournir une réponse dans un délai inférieur à 15 jours.

Traduit de l'anglais avec l'autorisation de l'Agence de santé pour la recherche et la qualité en santé des États-Unis.

avec la permission de l'Agence de Santé pour la Agence du Département pour la Santé et l' Action de Baltimore, Maryland USA.

Partie A: SECTION A: Liste des déterminants de la qualité et de la sécurité pour les patients

Les items ci-dessous décrivent des événements pouvant arriver dans des cabinets médicaux et qui influent sur la qualité et la sécurité des soins.

Selon votre meilleure estimation, à quelle fréquence les différents événements décrits sont-ils advenus dans votre cabinet ces 12 derniers mois ?

A1. Accès aux soins

	Quotidiennement	Hebdomadairement	Mensuellement	Plusieurs fois ces 12 derniers mois	Une ou deux fois ces 12 derniers mois	Jamais ces 12 derniers mois	Ne s'applique pas ou ne sait pas
Un rendez-vous n'a pas pu être donné dans les 48 heures pour un problème aigu ou grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2. Identification du patient

	Quotidiennement	Hebdomadairement	Mensuellement	Plusieurs fois ces 12 derniers mois	Une ou deux fois ces 12 derniers mois	Jamais ces 12 derniers mois	Ne s'applique pas ou ne sait pas
Le dossier d'un autre patient a été utilisé par erreur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A3. Dossier médical du patient

	Quotidiennement	Hebdomadairement	Mensuellement	Plusieurs fois ces 12 derniers mois	Une ou deux fois ces 12 derniers mois	Jamais ces 12 derniers mois	Ne s'applique pas ou ne sait pas
Le dossier médical du patient n'a pas été disponible en temps voulu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un document médical a été classé ou scanné ou enregistré dans le dossier médical d'un autre patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A4. Equipement médical

	Quotidiennement	Hebdomadairement	Mensuellement	Plusieurs fois ces 12 derniers mois	Une ou deux fois ces 12 derniers mois	Jamais ces 12 derniers mois	Ne s'applique pas ou ne sait pas
Un équipement ne marchait pas correctement ou bien avait besoin d'une réparation ou bien devait être remplacé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. Médicaments

	Quotidiennement	Hebdomadairement	Mensuellement	Plusieurs fois ces 12 derniers mois	Une ou deux fois ces 12 derniers mois	Jamais ces 12 derniers mois	Ne s'applique pas ou ne sait pas
Une pharmacie a contacté votre cabinet pour clarifier ou corriger une prescription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La liste des traitements d'un patient n'a pas été actualisée durant la consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A6. Biologie et imagerie

	Quotidiennement	Hebdomadairement	Mensuellement	Plusieurs fois ces 12 derniers mois	Une ou deux fois ces 12 derniers mois	Jamais ces 12 derniers mois	Ne s'applique pas ou ne sait pas
Les résultats biologiques ou d'imagerie n'ont pas été disponibles au moment voulu alors qu'ils étaient nécessaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un résultat anormal et d'importance de biologie ou d'imagerie n'a pas été pris en compte dans les 24 heures de travail suivantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie B: SECTION B: Partage d'information entre établissements et professionnels de santé

B1. Durant ces 12 derniers mois, combien de fois votre cabinet médical a-t-il rencontré des difficultés pour échanger des informations précises, complètes et en temps utile avec:

	Quotidiennement	Hebdomadairement	Mensuellement	Plusieurs fois ces 12 derniers mois	Une ou deux fois ces 12 derniers mois	Jamais ces 12 derniers mois	Ne s'applique pas ou ne sait pas
Des laboratoires d'analyses médicales/centres d'imageries médicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'autres cabinets médicaux/médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des pharmacies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des hôpitaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez ci-dessous si besoin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B2. Précisez:

Traduit de l'anglais avec l'autorisation de l'Agence de santé pour la recherche et la qualité en santé des États-Unis.

Partie C: SECTION C: Le travail dans votre cabinet

C1. A quel point êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes ?

	Désaccord important	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Très en accord	Ne s'applique pas ou ne sait pas
Quand une personne au cabinet est surchargée de travail les autres l'aident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans ce cabinet il y a de bonnes relations de travail entre les membres de l'équipe et les responsables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans ce cabinet nous nous sentons souvent pressés quand nous prenons soin des patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le cabinet forme les membres de l'équipe quand de nouvelles procédures sont mises en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans ce cabinet nous nous traitons les uns les autres avec respect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nous avons trop de patients pour le nombre de responsable dans ce cabinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le cabinet s'assure que les membres de l'équipe reçoivent la formation "sur le tas" dont ils ont besoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le cabinet est plus désorganisé qu'il ne devrait l'être	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nous avons de bonnes procédures pour vérifier que le travail dans ce cabinet a été réalisé correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il est demandé aux membres de l'équipe du cabinet d'accomplir des tâches pour lesquelles les membres n'ont pas été formés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nous avons assez de personnel pour traiter la charge de travail liée aux patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nous avons des difficultés avec le flux de travail dans ce cabinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ce cabinet souligne l'importance du travail d'équipe pour prendre soin des patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ce cabinet a trop de patients pour pouvoir tout gérer efficacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les membres de l'équipe du cabinet suivent des procédures standardisées pour accomplir les tâches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie D: SECTION D: Communication et suivi

D1. Combien de fois les événements suivants arrivent-ils dans votre cabinet médical?

	Jamais	Rarement	Parfois	La plupart du temps	Toujours	Ne s'applique pas ou ne sait pas
Les responsables du cabinet sont ouverts à une discussion concernant la manière de faire progresser le fonctionnement de la structure	<input type="checkbox"/>					
Dans votre cabinet médical, les membres de l'équipe sont encouragés à s'exprimer sur une solution alternative	<input type="checkbox"/>					

Traduit de l'anglais avec l'autorisation de l'Agence de santé pour la recherche et la qualité en santé des États-Unis.

	Jamais	Rarement	Parfois	La plupart du temps	Toujours	Ne s'applique pas ou ne sait pas
Le cabinet médical rappelle aux patients la nécessité de prévoir un rendez-vous de prévention ou de suivi médical	<input type="checkbox"/>					
Les membres de l'équipe craignent de poser des questions lorsqu'un évènement leur paraît anormal	<input type="checkbox"/>					
Les dossiers du cabinet permettent d'établir le bon suivi du plan de traitement de nos patients chroniques	<input type="checkbox"/>					
Le cabinet procède au rappel d'un document lorsque ce document attendu n'a pas été adressé par un correspondant	<input type="checkbox"/>					
Les membres de l'équipe ont le sentiment que leurs erreurs leur sont reprochées	<input type="checkbox"/>					
Les responsables et membres de l'équipe débattent ouvertement des problèmes rencontrés au sein du cabinet	<input type="checkbox"/>					
Le cabinet médical procède au suivi actif des patients qui le nécessitent	<input type="checkbox"/>					
Il est difficile de faire entendre un désaccord au sein du cabinet	<input type="checkbox"/>					
Dans le cabinet médical, on débat sur la manière de prévenir la récurrence d'une erreur	<input type="checkbox"/>					
Les membres de l'équipe sont prêts à déclarer les erreurs qu'ils observent dans le cabinet médical	<input type="checkbox"/>					

Partie E: SECTION E: Propriétaire/Manager associé/Responsable financier

E1. Etes-vous un propriétaire, manager associé, ou responsable financier, avec la responsabilité de prendre des décisions économiques pour votre cabinet médical?

Oui

Non

Partie F: SECTION E(1)

Allez directement à la section F

Partie G: SECTION E(2)

Poursuivez ci-dessous la SECTION E

G1. A quel point êtes-vous en accord avec les affirmations suivantes au sujet des propriétaires/manager associés/responsables financiers dans votre cabinet?

	Complètement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Complètement en accord	Ne s'applique pas/ ne sait pas
Ils n'investissent pas assez de ressources pour améliorer la qualité des soins dans ce cabinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ils négligent à chaque fois les erreurs associées aux soins qui surviennent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ils placent l'amélioration des procédures de soins aux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Traduit de l'anglais avec l'autorisation de l'Agence de santé pour la recherche et la qualité en santé des États-Unis.

	Complète- ment en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Complète- ment d'accord	Ne s'applique pas/ ne sait pas
Ils prennent trop souvent des décisions préférables pour le cabinet plutôt que pour les patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie H: SECTION F: Votre cabinet médical

H1. A quel point êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes?

	Désaccord important	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Très en accord	Ne s'applique pas ou ne sait pas
Quand un problème survient dans notre cabinet, nous voyons si nous avons besoin de changer la manière de faire les choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les procédures de notre cabinet sont bonnes afin de prévenir les erreurs qui pourraient affecter nos patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des erreurs arrivent plus souvent qu'elles ne le devraient dans notre cabinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C'est par chance que nous ne commettons pas plus d'erreurs affectant nos patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notre cabinet médical est bon pour modifier les procédures afin de s'assurer que les mêmes problèmes n'arrivent pas de nouveau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans ce cabinet, parvenir à effectuer plus de travail prime sur la qualité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après que le cabinet ait effectué des changements pour améliorer une procédure de soins aux patients, nous vérifions que les modifications sont efficaces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie I: SECTION G(1): Évaluation globale sur la qualité

II. Globalement, comment noteriez-vous votre cabinet médical sur chacune des propositions suivantes au sujet de la qualité des soins?

	Médiocre	Assez bon	Bon	Très bon	Excellent
Centré sur le patient: Est respectueuse des préférences, besoins et valeurs de chaque patient	<input type="checkbox"/>				
Efficace: Est basée sur les données de la science	<input type="checkbox"/>				
Opportune: Minimise les attentes et les retards potentiellement dangereux	<input type="checkbox"/>				
Efficente: Assure des soins efficaces et économes (évite le gaspillage, utilisation excessive et inutile de services)	<input type="checkbox"/>				
Équitable: Dispense la même qualité de soin à tous les individus, quelque soit son sexe, sa race, son origine ethnique, son statut socio-économique, sa langue, ...	<input type="checkbox"/>				

Traduit de l'anglais avec l'autorisation de l'Agence de santé pour la recherche et la qualité en santé des États-Unis.

Partie J: SECTION G(2): Évaluation globale sur la sécurité des patients

J1. Globalement, comment noteriez-vous les dispositifs et procédures de soins que votre cabinet médical a mis en place pour prévenir, identifier, et corriger les problèmes ayant le potentiel d'affecter les patients?

Médiocre

Assez bon

Bon

Très bon

Excellent

Partie K: SECTION ADDITIONNELLE: Pôle de santé

K1. Etes-vous membre du pôle de santé libéral d'Evreux?

Oui

Non

K2. Envisagez-vous un jour d'en faire parti?

Oui

Non

Ne sait pas

Partie L: SECTION H: Questions générales

L1. Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce cabinet?

moins de 2 mois

de 2 mois à moins de 1 an

de 1 an à moins de 3 ans

de 3 ans à moins de 6 ans

de 6 ans à moins de 11 ans

11 ans ou plus

Traduit de l'anglais avec l'autorisation de l'Agence de santé pour la recherche et la qualité en santé des États-Unis.

L2. Habituellement, combien d'heures par semaine travaillez-vous dans ce cabinet médical?

- de 1 à 4 heures par semaine
- de 5 à 16 heures par semaine
- de 17 à 24 heures par semaine
- de 25 à 32 heures par semaine
- de 33 à 40 heures par semaine
- 41 heures ou plus par semaine

L3. Quel est votre poste dans ce cabinet? Choisissez UNE catégorie qui correspond le mieux à votre travail.

- Médecin: docteur en médecine ou docteur en médecine ostéopathique
- Médecin assistant, infirmière praticienne, infirmière spécialisée en soins cliniques, infirmière sage-femme, infirmière de pratiques avancées...
- Gestion: responsable des pratiques, responsable de cabinet, responsable de l'administration, responsable de l'entreprise, responsable des infirmières, responsable de laboratoire, autre responsable...
- Equipe administrative ou de bureau: agent d'assurance, personnel de facturation, personnel de coordination, technicien des dossiers médicaux, réceptionniste, secrétaire, planificateur, autre personnel administratif ou de bureau...
- Infirmière diplômée, infirmière auxiliaire autorisée, infirmière auxiliaire agréée
- Autre membre de l'équipe soignante: assistant médical, aide-soignante, technicien (tout type), thérapeute (tout type), autre...
- Autre position

L4. Précisez:

Partie M: SECTION I: Vos commentaires

M1. Vous pouvez librement écrire tout commentaire que vous auriez à exprimer au sujet de la sécurité et de la qualité des soins aux patients au sein de votre cabinet médical.

Traduit de l'anglais avec l'autorisation de l'Agence de santé pour la recherche et la qualité en santé des États-Unis.

Merci beaucoup pour le temps et l'attention que vous avez consacrés à notre questionnaire.

Questionnaire traduit et rédigé avec la permission de l'*Agence de Santé pour la Recherche et la Qualité* (une Agence du Département pour la Santé et l' Action Sociale) Rockville, Maryland USA.

ANNEXE 2 : Analyse statistique.

Alpha de Cronbach	Statistiques d'éléments				Matrice de corrélation inter-éléments				Statistiques de total des éléments					
		Moyenne	Ecart type	N		D7inverse	D8	D11	D12	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
Communication sur les erreurs 0,95	D7inverse	6,3000	2,47957	30	D7inverse	1,000	0,922	0,786	0,826	18,7000	57,734	0,893	0,854	0,937
	D8	6,4000	2,54070	30	D8	0,922	1,000	0,881	0,878	18,6000	54,800	0,964	0,933	0,915
	D11	5,9667	2,87058	30	D11	0,786	0,881	1,000	0,751	19,0333	53,826	0,842	0,783	0,954
	D12	6,3333	2,64358	30	D12	0,826	0,878	0,751	1,000	18,6667	56,506	0,856	0,774	0,947
Communication libre 0,94														
	D1	6,1000	2,48235	30	D1	1,000	0,841	0,758	0,885	17,6000	70,524	0,887	0,804	0,918
	D2	6,3667	2,59287	30	D2	0,841	1,000	0,838	0,887	17,3333	67,678	0,920	0,853	0,906
	D4inverse	6,3667	2,61934	30	D4inverse	0,758	0,838	1,000	0,757	17,3333	70,851	0,815	0,712	0,936
	D10	4,8667	3,71143	30	D10	0,885	0,887	0,757	1,000	18,8333	51,799	0,900	0,853	0,928
Procédures standardisées 0,866														
	C8inverse	5,6667	2,89272	30	C8inverse	1,000	0,798	0,692	0,460	16,7667	61,633	0,766	0,684	0,810
	C9	5,7000	3,01891	30	C9	0,798	1,000	0,680	0,656	16,7333	56,754	0,856	0,757	0,770
	C12inverse	4,2000	3,27372	30	C12inverse	0,692	0,680	1,000	0,432	18,2333	59,289	0,690	0,524	0,842
	C15	6,8667	2,92119	30	C15	0,460	0,656	0,432	1,000	15,5667	68,668	0,570	0,442	0,884
Organisation apprenante 0,896														
	F1	5,27	2,180	30	F1	1,000	0,734	0,652		11,40	29,214	0,716	0,540	0,923
	F5	5,63	2,671	30	F5	0,734	1,000	0,860		11,03	21,689	0,885	0,792	0,769
	F7	5,77	2,932	30	F7	0,652	0,860	1,000		10,90	20,438	0,823	0,741	0,836

Alpha de Cronbach	Statistiques d'éléments				Matrice de corrélation inter-éléments					Statistiques de total des éléments				
		Moyenne	Ecart type	N		F2	F3inverse	F4inverse	F6inverse	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
Perception apprenante 0,903	F2	5,2667	2,59885	30	F2	1,000	0,799	0,636	0,616	14,8000	48,579	0,761	0,669	0,882
	F3inverse	4,9333	2,59885	30	F3inverse	0,799	1,000	0,817	0,629	15,1333	45,913	0,858	0,800	0,846
	F4inverse	5,4333	2,66113	30	F4inverse	0,636	0,817	1,000	0,690	14,6333	46,585	0,805	0,726	0,866
	F6inverse	4,4333	2,48698	30	F6inverse	0,616	0,629	0,690	1,000	15,6333	51,482	0,707	0,530	0,900
Leadership 0,984	Statistiques d'éléments				Matrice de corrélation inter-éléments					Statistiques de total des éléments				
		Moyenne	Ecart type	N		E1inverse	E2inverse	E3	E4inverse	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
	E1inverse	5,4000	3,36155	5	E1inverse	1,000	0,978	0,916	0,978	17,4000	78,300	0,968		0,977
	E2inverse	6,0000	2,73861	5	E2inverse	0,978	1,000	0,937	1,000	16,8000	88,700	0,989		0,974
	E3	5,4000	3,50714	5	E3	0,916	0,937	1,000	0,937	17,4000	77,300	0,934		0,990
E4inverse	6,0000	2,73861	5	E4inverse	0,978	1,000	0,937	1,000	16,8000	88,700	0,989		0,974	
Suivi des patients 0,765	Statistiques d'éléments				Matrice de corrélation inter-éléments					Statistiques de total des éléments				
		Moyenne	Ecart type	N		D3	D5	D6	D9	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
	D3	4,60	2,222	30	D3	1,000	0,347	0,513	0,642	14,43	26,392	0,647	0,464	0,664
	D5	4,93	1,484	30	D5	0,347	1,000	0,398	0,357	14,10	36,024	0,442	0,198	0,773
	D6	4,33	2,845	30	D6	0,513	0,398	1,000	0,509	14,70	22,079	0,596	0,356	0,715
D9	5,17	2,102	30	D9	0,642	0,357	0,509	1,000	13,87	27,361	0,651	0,464	0,665	

Alpha de Cronbach	Statistiques d'éléments				Matrice de corrélation inter-éléments				Statistiques de total des éléments					
		Moyenne	Ecart type	N						Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
Formation continue 0,865	C4	7,1667	2,69205	30	C4	1,000	0,784	0,735		13,6667	21,402	0,871	0,762	0,685
	C7	6,7667	2,64814	30	C7	0,784	1,000	0,521		14,0667	24,823	0,702	0,622	0,847
	C10inverse	6,9000	2,65681	30	C10inverse	0,735	0,521	1,000		13,9333	25,444	0,666	0,549	0,879
Travail D'équipe 0,936														
	C1	6,33	2,617	30	C1	1,000	0,709	0,779	0,929	18,77	43,909	0,883	0,891	0,905
	C2	6,53	2,224	30	C2	0,709	1,000	0,822	0,667	18,57	51,978	0,763	0,747	0,943
	C5	6,23	2,192	30	C5	0,779	0,822	1,000	0,847	18,87	49,361	0,884	0,856	0,909
	C13	6,00	2,767	30	C13	0,929	0,667	0,847	1,000	19,10	41,817	0,892	0,920	0,904
Pression et Rythme de travail 0,817														
	C3inverse	3,8000	3,04450	30	C3inverse	1,000	0,699	0,387	0,530	13,5667	63,633	0,661	0,511	0,760
	C6inverse	4,0000	3,43411	30	C6inverse	0,699	1,000	0,517	0,586	13,3667	54,861	0,754	0,594	0,711
	C11	5,4667	3,12645	30	C11	0,387	0,517	1,000	0,435	11,9000	68,231	0,523	0,294	0,821
	C14inverse	4,1000	3,13325	30	C14inverse	0,530	0,586	0,435	1,000	13,2667	63,926	0,624	0,394	0,776

ANNEE : 2017/2018

DATE DE SOUTENANCE : 26 AVRIL 2018

AUTEUR : NOM : CHARBONNIER

PRENOM : Amélie

PRESIDENT DE THESE : Pr. Jean DOUCET

MEMBRE DU JURY : Dr. Marianne LAINE

Dr. Matthieu SCHUERS

DIRECTEUR DE THESE : Dr. Christophe GIRAULT

TITRE DE LA THESE : « APPLICATION D'UN QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DU POLE DE SANTE LIBERAL AMBULATOIRE DU BASSIN D'EVREUX COMME PREMIERE ETAPE DE L'ACCULTURATION DE LA SECURITE DES SOINS. »

RESUME :

Introduction : La volonté d'une acculturation de la sécurité des soins primaires au sein du pôle de santé d'Evreux nous a amené à effectuer une première démarche de description des perceptions des dimensions de la culture de sécurité auprès des médecins généralistes adhérents. La dynamique créée lors de l'élaboration du projet professionnel du pôle nous incitait à faire l'hypothèse d'un taux de réponse satisfaisant pour en interpréter les résultats comme le reflet de leurs perceptions de la sécurité des soins.

Méthode : Il a été proposé à 49 médecins généralistes de l'agglomération d'Evreux, dont les 18 médecins du pôle de santé, une traduction en français du questionnaire *Medical Office Survey on Patient Security Culture* (MOSPSC) diffusé par l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). Les participants étaient interrogés sur la sécurité des soins à travers 10 dimensions de la culture de sécurité. Un taux de participation supérieur à 80% était défini comme satisfaisant.

Résultats : Le taux de participation des médecins généralistes du pôle de santé était de 100%. Les dimensions ayant obtenues les meilleurs scores étaient la capacité à diriger (87,5%), le travail d'équipe (84,4%), la communication libre (76,2%) et la communication sur les erreurs (76,15%). Les dimensions ayant obtenu les plus faibles scores étaient les procédures standardisées (23%) et le rythme et la charge de travail (11,8%). La sécurité des soins était jugée "assez bonne" (44,4%), et la qualité "bonne" sur les critères "soins centrés sur le patient" (66,67%), "soins efficaces" (66,67%) et "soins équitables" (55,56%).

Le taux de participation des médecins hors pôle était de 46,1%. 16,7% d'entre eux envisageaient de faire partie du pôle à l'avenir.

Discussion : Le taux de participation de 100% des médecins du pôle nous a permis d'interpréter ces résultats. Le score des dimensions de travail d'équipe et de capacité à diriger pourrait montrer une capacité des médecins à travailler et fonctionner ensemble au sein de l'organisation afin d'améliorer la sécurité et la qualité des soins. Les dimensions à développer telles que les procédures standardisées et le rythme et la charge de travail pourraient être améliorées. C'est sur ces dimensions de la sécurité que devront probablement se pencher en priorité les médecins du pôle de santé d'Evreux.

Le taux de participation des médecins hors pôle ne permettait pas d'interpréter leurs résultats comme le reflet des perceptions des médecins d'Evreux (46,1%).

Conclusion : L'excellent taux de participation des médecins du pôle de santé pourrait témoigner très probablement de l'acceptabilité de l'outil comme support d'évaluation de l'acculturation de la sécurité et de la qualité des soins. Il semble par ailleurs être un bon outil d'identification des voies d'amélioration de la culture de sécurité des soins comme en témoigne la cohérence entre les scores des dimensions à développer et le ressenti exprimé par certains médecins répondants.

MOTS CLE : Culture de sécurité, sécurité des patients (MeSH Concept), méthode d'évaluation, MOSPSC, médecine générale (MeSH Concept), soins primaires, pôle de santé, erreur médicale (Descripteur MeSH), évènement indésirable associé aux soins.

UFR SANTE

22, BOULEVARD GAMBETTA CS 76183

76183 ROUEN CEDEX 1